

Utilisation de l'association de la Sulfadoxine-Pyriméthamine et de l'Amodiaquine dans les districts de Richard Toll et de Touba au Sénégal : Rapport d'évaluation, mai 2004

Grace Adeya
Sérigne Diagne
Rima Shretta
Jane Briggs

Avril 2005

Rational Pharmaceutical Management Plus
Center for Pharmaceutical Management
Management Sciences for Health
4301 N. Fairfax Drive, Suite 400
Arlington, VA 22203
Tel: 703-524-6575
Fax: 703-524-7898
E-mail: rpmpplus@msh.org

Agence des États-Unis pour le
Développement International
Objectif Stratégique 5

Ce rapport n'aurait pas été possible sans le support de l'Agence des États-Unis pour le Développement International, sous les termes de l'accord de coopération numéro HRN-A-00-00-00016-00. Les opinions exprimées ci-après sont propres aux auteurs et ne reflètent pas nécessairement celles de l'Agence des États-Unis pour le Développement International.

A propos de RPM Plus

Le Programme Rational Pharmaceutical Management Plus (RPM Plus), financé par l'Agence des États-Unis pour le Développement International, travaille dans plus de 20 pays en développement et transitoires pour fournir l'aide technique permettant de renforcer les systèmes de gestion des médicaments et des intrants médicaux. Le programme offre des conseils techniques et aide au développement de la stratégie et de la mise en oeuvre de programmes, aussi bien dans l'amélioration de la disponibilité des intrants médicaux- médicaments, vaccins, approvisionnement et équipement médical de base- de qualité prouvée pour la santé maternelle et infantile, la lutte contre le VIH/SIDA et les maladies infectieuses que pour la planification familiale et la promotion de l'utilisation appropriée des intrants dans les secteurs publics et privés.

Ce document ne représente pas nécessairement le point de vue ou l'opinion de l'USAID. Il peut être reproduit pourvu que RPM Plus y soit mentionné. Prière d'utiliser la citation suivante.

Citation Recommandée

Adeya, G., S. Diagne, R. Shretta, et J. Briggs. 2005. *Utilisation de l'association de la Sulfadoxine-Pyriméthamine et de l'Amodiaquine dans les districts de Richard Toll et Touba au Sénégal : Rapport d'évaluation, mai 2004*. Présenté à l'Agence des États-Unis pour le Développement International par le Programme Rational Pharmaceutical Management Plus. Arlington, VA: Management Sciences for Health.

Mots-clés

paludisme, Sénégal, sulfadoxine-pyriméthamine, amodiaquine

TABLE DES MATIÈRES

SIGLES	vii
REMERCIEMENTS.....	ix
RÉSUMÉ ANALYTIQUE	xi
DONNÉES GÉNÉRALES.....	1
Introduction.....	1
Objectifs de l'évaluation.....	3
Méthodologie de l'étude.....	4
Collecte de données	8
Limitations	8
DISPONIBILITÉ DES ANTIPALUDIQUES NÉCESSAIRES	11
Inventaires des antipaludiques répertoriés sur la liste de traceurs	12
Prix des antipaludiques présents sur la liste de traceurs	18
Les caractéristiques des prestataires et dispensateurs interviewés	21
Disponibilité et utilisation des Directives Standardisées de Traitement.....	22
Connaissances sur la prescription et la dispensation	23
Pratiques de prescription.....	30
Pratiques de dispensation.....	40
Connaissances du patient et utilisation anticipée du médicament prescrit	44
RÉSUMÉ DES PRINCIPALES CONCLUSIONS ET IMPLICATIONS POUR L'APPLICATION DE LA POLITIQUE DU TCBA.....	49
Commentaires généraux sur l'application de la politique SP/AQ	49
La SP et l'AQ sont-ils disponibles systématiquement et en quantité suffisante?.....	49
Est-ce que les prestataires prescrivent et administrent l'association SP/AQ systématiquement selon les directives de traitement disponibles ?.....	51
Les patients ont-ils reçu suffisamment d'informations et de counseling sur l'utilisation de l'association SP/AQ?	53
ANNEXE 1. ENQUÊTEURS	55
Équipe de Richard Toll.....	55
Équipe de Touba	55
ANNEXE 2. LISTE D'ANTIPALUDIQUES TRACEURS	57

Liste des Tableaux

Tableau 1. Échantillon de structures sanitaires prévu dans chaque district.....	4
Tableau 2. Structures sanitaires incluses dans l'échantillon final	5
Tableau 3. Instruments de collecte de données et taille de l'échantillon prévu pour chaque instrument	6
Tableau 4. Liste des traceurs.....	7
Tableau 5. Systèmes de gestion des stocks.....	12
Tableau 6. Nombre de structures sanitaires sans ruptures de stock, mai 2003–avril 2004.....	13
Tableau 7. Inventaire physique des antipaludiques présents sur la liste de traceurs	15
Tableau 8. Prix moyen unitaire des antipaludiques (FCFA).....	18
Tableau 9. Comparaison du coût d'achat d'une dose complète pour adulte de CQ, SP et d'AQ	19
Tableau 10. Formation professionnelle des prestataires interviewés.....	21
Tableau 11. Nombre de mois écoulés depuis la dernière formation des prestataires sur la prise en charge du paludisme	22
Tableau 12. Formation professionnelle des dispensateurs interviewés	22
Tableau 13. Est-ce que les DST sont disponibles au niveau de cette structure ? Réponses des prestataires interviewés.....	23
Tableau 14. Nombre de prestataires affirmant qu'ils suivent les DST nationales sur le paludisme	23
Tableau 15. Cadres parmi les prestataires de soins ciblés par les stratégies de communication ..	24
Tableau 16. Les dates de changement de la politique nationale de traitement du paludisme dont se rappellent les prestataires	25
Tableau 17. Stratégies de communication utilisées pour répandre le changement de politique...	25
Tableau 18. Connaissances des prestataires sur le traitement recommandé du paludisme chez les adultes	26
Tableau 19. Connaissances des dispensateurs sur le traitement recommandé pour du paludisme chez les adultes.....	27
Tableau 20. Points de vue sur les médicaments les plus efficaces pour traiter le paludisme chez les adultes	27
Tableau 21. Connaissances des prestataires sur le traitement recommandé du paludisme chez les enfants	28
Tableau 22. Connaissances des dispensateurs sur le traitement recommandé du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans.....	28
Tableau 23. Opinion des prestataires sur l'utilisation de la SP/AQ chez la femme enceinte.....	29
Tableau 24. Opinion des dispensateurs sur l'utilisation de la SP/AQ chez la femme enceinte....	29
Tableau 25. Nombre de prestataires ayant des préoccupations sur l'utilisation de la SP/AQ	29
Tableau 26. Les méthodes utilisées pour diagnostiquer le paludisme selon les prestataires.....	30
Tableau 27. Les médicaments que les prestataires prescrivent actuellement aux adultes atteints de paludisme.....	31
Tableau 28. Proportion de prestataires qui ont fourni des informations appropriées sur le dosage de la SP et de l'AQ.....	31
Tableau 29. Les médicaments que les prestataires prescrivent actuellement aux enfants atteints de paludisme.....	32
Tableau 30. Nombre d'interactions patient-prestataire observées pendant la prescription d'un antipaludique	32

Tableau 31. Pourcentage de patients recevant un antipaludique auxquels on a prescrit une association SP/AQ	33
Tableau 32. Clé pour les figures 6 et 7 : Points d'observation pour l'interaction entre le patient et le prestataire	34
Tableau 33. Les médicaments antipaludiques les plus fréquemment dispensés chez les adultes selon les dispensateurs	40
Tableau 34. Les médicaments antipaludiques les plus fréquemment dispensés aux enfants selon les dispensateurs	41
Tableau 35. Conditionnement utilisé pour les médicaments dispensés	41
Tableau 36. Rapport des dispensateurs au sujet des informations mentionnées sur les étiquettes des conditionnements destinés à la dispensation	42
Tableau 37. Clé pour les figures 12 et 13 : Points d'observation principaux pour l'interaction dispensateur-patient	42
Tableau 38. Nombre d'antipaludiques reçus par patient interviewé, par district et par cadre.....	45
Tableau 39. Nombre de fois au cours duquel l'antipaludique prescrit est correctement cité par le patient.....	45
Tableau 40. Sources d'informations des patients sur le nom de l'antipaludique prescrit.....	45
Tableau 41. Sites indiqués pour l'achat des prescriptions restant	46
Tableau 42. Dates indiquées pour l'achat de prescriptions restant.....	46
Tableau 43. Nombre de paquets de dispensation qui ont été étiquetés.....	47
Tableau 44. Nombre d'antipaludiques identifiés correctement comme étant utilisés dans le traitement du paludisme.....	47
Tableau 45. Nombre d'antipaludiques pour lequel les patients n'avaient pas d'informations sur la prise de médicaments	47
Tableau 46. Sources d'informations sur la prise des antipaludiques prescrits selon les patients .	48
Tableau 47. Proportion de patients qui ont affirmé avoir entendu parler de l'association SP/AQ.....	48

Liste des Figures

Figure 1. Composantes clés du cadre de mise en œuvre de la politique de traitement antipaludéen	2
Figure 2. Rupture de stock de SP, AQ, et CQ dans les structures sanitaires du district de Touba	13
Figure 3. Ruptures de stock de SP, AQ et CQ dans les structures sanitaires du district de Richard Toll	14
Figure 4. Ruptures de stock de la suspension d'AQ et de la suspension de CQ dans le district de Touba.....	16
Figure 5. Ruptures de stock de la suspension d'AQ et de la suspension de CQ dans le district de Richard Toll	16
Figure 6. Résultats de l'observation de l'interaction patient-prestataire dans le district de Richard Toll	35
Figure 7. Résultats de l'observation des interactions patient-prestataire dans le district de Touba.....	36
Figure 8. Antipaludiques prescrits dans le district de RT, mai 2003–avril 2004.....	37

Figure 9. Prescriptions de l'association SP/AQ comparées à la disponibilité de la SP et de l'AQ dans le district de Richard Toll	38
Figure 10. Antipaludiques prescrits dans le district de Touba, mai 2003–avril 2004	39
Figure 11. Prescriptions de l'association SP/AQ comparées à la disponibilité de SP et de AQ dans le district de Touba.....	40
Figure 12. Résultats de l'interaction patient-dispensateur dans le district de Richard Toll	43
Figure 13. Résultats de l'interaction patient-dispensateur dans le district de Touba.....	44

SIGLES

AQ	amodiaquine
ASC	Agent de Santé Communautaire
ATM	artemether
CCC	communication pour le changement de comportement
CQ	chloroquine
CS	Centre de Santé
DST	Directives Standardisées de Traitement
FCFA	Franc de la Communauté Financière Africaine, Banque Centrale des États de l’Afrique de l’ouest
GPP	Gestion Pharmaceutique du Paludisme [outil]
IEC	information, éducation, et communication
LME	Liste des Médicaments Essentiels
MCD	Médecin Chef de District
MCR	Médecin Chef de Région
PCD	Président du Comité de District
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PSR	Poste de Santé Rural
PSU	Poste de Santé Urbain
Qu	quinine
RPM Plus	Rational Pharmaceutical Management Plus (Programme de gestion rationnelle des produits pharmaceutiques)
RT	Richard Toll [District]
SP	sulfadoxine-pyriméthamine
TCBA	traitement combiné basé sur l’artémisinine
TPI	Traitement Préventif Intermittent
USD	dollar américain

REMERCIEMENTS

Cette évaluation a été réalisée par le Programme Rational Pharmaceutical Management Plus (RPM Plus) de Management Sciences for Health en collaboration avec le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) du Ministère de la Santé (MS) du Sénégal. Les outils employés dans l'évaluation ont été développés par le RPM Plus et ont été adaptés par le PNLP en consultation avec d'autres partenaires au sein du MS.

Il convient de faire une mention spéciale des personnes suivantes—

Au Docteur Papa Diack, ancien Coordonnateur du PNLP et aux autres membres du PNLP;

Aux Médecins Chefs de Régions de Diourbel et St. Louis;

Aux Médecins Chefs de Districts à Touba et Richard Toll;

Au Docteur Youssoufa Lo, Conseiller en Paludisme, Agence des États-Unis pour le Développement International au Sénégal.

RÉSUMÉ ANALYTIQUE

En juillet 2003, le Sénégal a changé sa politique nationale de traitement antipaludique. Ainsi, de l'utilisation de la chloroquine (CQ), il a été décidé de passer à celle de l'association de la sulfadoxine-pyriméthamine (SP) et de l'amodiaquine (AQ) en raison des informations reçues des sept sites sentinelles qui ont révélé une résistance croissante à la CQ. Cette nouvelle politique nationale devait être mise en œuvre dans l'immédiat. Avant ce changement, des preuves anecdotiques ont révélé que les districts de Richard Toll (RT) et Touba qui ont chacun un site sentinelle, avaient anticipé la mise en œuvre du passage au SP/AQ pour la même raison. Cependant, on ne dispose pas de la date exacte de la mise en œuvre de la politique du SP/AQ dans les deux districts. La présente étude a été menée dans ces deux districts dans le but de faire l'évaluation de la mise en œuvre de la politique de SP/AQ et d'identifier les leçons apprises qui peuvent être utilisées dans une mise en place réussie de cette politique au plan national. Étant donné que le Sénégal est actuellement entrain d'envisager le changement de sa politique nationale en passant de l'association de SP/AQ au traitement combiné basé sur l'artémisinine (TCBA), les résultats de cette étude devraient également permettre de donner des informations sur la mise en œuvre de la politique du TCBA.

Les résultats de l'évaluation révèlent l'inexistence d'un plan formel devant servir de guide à la mise en œuvre de la politique de SP/AQ au niveau des districts de RT et de Touba ou pour communiquer la nouvelle stratégie aux prestataires de soins de santé. Sur les quatre décideurs clé interviewés, seul un a fait état de la tenue d'ateliers de formation sur la nouvelle politique à l'endroit des prestataires, et cette formation a eu comme cadre les hôpitaux et non les centres de santé ou les postes de santé. Sur les prestataires interviewés prescrivant des médicaments, seuls 4 sur 20 ont déclaré avoir suivi la formation sur le paludisme de mai 2003 à avril 2004. Seuls 10 sur les 20 interviewés ont déclaré disposer des Directives Standardisées de Traitement (DST) au niveau de leurs structures sanitaires, et seuls 12 sur les 20 ont déclaré avoir suivi ces directives lors du traitement des cas de paludisme.

La mise en œuvre de la politique de SP/AQ s'est présentée de façon différente au niveau des deux districts. La mise en œuvre de cette politique a été très lente, même si la prescription de SP/AQ a été annoncée dès avril 2003 dans le district de Touba. Au début d'avril 2004, seul 47 pour cent des prescriptions pour les cas de paludisme ont été faites avec cette association. La CQ était prescrite à certains patients jusqu'en mai 2004. Dans le district de Richard Toll, il n'y avait pas de preuve de prescription de SP/AQ avant novembre 2003. Cependant, la mise en œuvre de la politique de SP/AQ dans les structures de santé au niveau de ce district était beaucoup plus répandue. Au début d'avril 2004, 53 pour cent des prescriptions pour les cas de paludisme ont été faites avec l'association de SP/AQ.

Dans les deux districts, l'augmentation des prescriptions pour la SP/AQ semble se dérouler au moment où la disponibilité de la SP et de l'AQ au niveau des structures de santé s'est améliorée. Dans le district de RT, la SP et l'AQ étaient tous disponibles dans la plupart des structures de santé en début novembre 2003, alors qu'à Touba ils étaient disponibles dans la plupart des établissements de santé en début octobre 2003. Aucun plan de retrait progressif de la CQ des

structures de santé ne semble avoir été mis en place en raison des importants stocks de CQ qui étaient encore disponibles au moment de l'évaluation en mai 2004.

La plupart des patients interrogés, y compris ceux qui venaient de recevoir l'association de SP/AQ, ont déclaré ne pas être au courant de l'association. En fait, la plupart des patients ignoraient le nom de l'antipaludique qui leur était administré ou la maladie que le médicament devait traiter. Cette ignorance peut affecter la façon dont ils utilisent les médicaments conformément aux prescriptions.

Les résultats de l'évaluation permettront de faire des recommandations relatives à la mise en œuvre de la politique du TCBA. Il sera prudent que cette mise en œuvre comprenne les directives et le calendrier de mise en place progressive de cette politique dans chaque région du pays. Tous les décideurs clé au niveau de ces régions devront être informés de ce plan avant la mise en place. Il faut aussi que ce plan comprenne la révision des DST et un projet d'orientation et de formation des prestataires sur la nouvelle politique dans le but d'améliorer le respect des directives de traitement.

Les méthodes de gestion des stocks devront être revues afin d'améliorer la disponibilité des nouveaux médicaments nécessaires et le retrait progressif des vieux stocks de médicaments. En outre, la mise en œuvre de la politique du TCBA devrait être taillée sur mesure pour correspondre avec la disponibilité de ces nouveaux médicaments dans les structures de santé. Il est nécessaire de développer des stratégies de communication et de mettre des équipements à la disposition des membres de la communauté. Il est également nécessaire d'organiser des rencontres pour promouvoir une sensibilisation accrue des patients sur le traitement recommandé pour le paludisme et encourager une utilisation appropriée des médicaments par les patients.

DONNÉES GÉNÉRALES

Introduction

Le paludisme est endémique au Sénégal. Il représente 35 pour cent des consultations externes au niveau des structures sanitaires du pays¹ et constitue la principale cause de morbidité et de mortalité, particulièrement chez les enfants de moins de cinq ans. Les efforts de lutte contre le paludisme sont coordonnés par le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP). Le principal objectif des efforts de lutte contre le paludisme est de réduire la morbidité et la mortalité causées par le paludisme, en particulier chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes. Pour la période 2001–2005 les efforts de lutte contre le paludisme visaient plus particulièrement à—²

- Réduire de 30 pour cent la mortalité causée par le paludisme
- Réduire de 20 pour cent la morbidité causée par le paludisme
- Réduire de 50 pour cent les cas de paludisme grave chez les femmes enceintes

Les stratégies adoptées par le PNLP pour atteindre ces objectifs comprennent—

- L'amélioration de l'accès aux antipaludiques appropriés et efficaces lorsqu'ils sont demandés au niveau des structures de santé et de la communauté
- L'amélioration de l'accès aux moustiquaires imprégnées aux insecticides et aux autres matériels imprégnés utilisés dans la prévention du paludisme

L'accès aux antipaludiques dépend en partie de leur disponibilité dans les structures de santé et de leur coût. Le Sénégal suit l'Initiative de Bamako, et par conséquent les soins médicaux au niveau des structures de santé sont fournis moyennant un coût. Les patients payent d'abord les frais de consultation, ensuite ils devront en payer d'autres pour l'achat des médicaments prescrits. Le coût des médicaments est déterminé par le gouvernement à tous les niveaux du système de santé.

Comme dans la plupart des pays africains, la CQ est le médicament de première intention recommandé pour traiter le paludisme au Sénégal pendant plusieurs années. La surveillance active des formes de résistance à la CQ dans les sept sites sentinelles du pays a commencé en 1995. Avant 2002, six des sept sites avaient enregistré des niveaux de résistance à la CQ supérieurs à 25 pour cent des cas de paludisme. Cette augmentation avérée de la résistance était la principale raison du changement de la politique nationale en matière de traitement antipaludique.

¹ PNLN, République du Sénégal. Juin 2003. Atelier National de Consensus sur la Politique de Traitement Antipaludique au Sénégal.

² PNLN, République du Sénégal. Juin 2003. Atelier National de Consensus sur la Politique de Traitement Antipaludique au Sénégal.

En 2003, le Sénégal a décidé de changer sa politique nationale en matière de traitement du paludisme simple en passant de la mono thérapie de la CQ à l'association de SP/AQ. Ce changement a été officiellement annoncé lors d'un atelier national de consensus qui s'est tenu du 25 au 26 juin 2003 à Dakar au Sénégal. Le PNLN avait prévu la mise en œuvre immédiate de cette nouvelle politique en raison de l'élan de changement qui prévalait dans le pays à l'époque. L'association de SP/AQ devait être la politique de traitement de transition en attendant que le TCBA soit adoptée. La transition vers un TCBA est prévue pour 2005.

Composantes du cadre de mise en œuvre d'une nouvelle politique de traitement

La mise en œuvre réussie de la nouvelle politique de traitement nécessite la prise d'un certain nombre de mesures. Un cadre de mise en œuvre qui comprend ces mesures a été mis en place et inclus dans le document de 2004 intitulé *Changement de politique dans le traitement du paludisme et passage aux combinaisons basées sur l'artémisinine : Guide pour l'application de la nouvelle politique*, publié par le Programme Rational Pharmaceutical Management Plus (RPM Plus), Management Sciences for Health. La figure 1 est un résumé de ce cadre. Théoriquement, la mise en œuvre d'une nouvelle politique nécessite l'élaboration d'un plan et d'un calendrier d'exécution qui contiennent les éléments mentionnés sur la liste de la figure 1. L'élaboration d'un tel plan pour la mise en œuvre de la politique de SP/AQ au Sénégal n'est pas évidente.

1. Aspects techniques

- Révision de la réglementation pharmaceutique
- Élaboration/révision de la Liste des Médicaments Essentiels (LME), Directives Standardisées de Traitement, et/ou de toute autre directive et matériel de communication pour le changement de comportement (CCC) pour lutter contre le paludisme
 - ◆ Diffusion des DST révisées et/ou toute autre directive et matériel CCC pour le paludisme
 - ◆ Formation et encadrement des agents de santé conformément aux nouvelles directives
 - ◆ Information, éducation, et communication (IEC) qui vise la communauté

2. Aspects opérationnels

- Gestion des stocks de produits antipaludiques en cours d'utilisation et préparation d'un plan de retrait progressif
- Gestion des fournitures d'antipaludiques à utiliser dans la nouvelle politique de traitement
 - ◆ Prévision et évaluation quantitative de la demande
 - ◆ Approvisionnement
 - ◆ Distribution
 - ◆ Gestion des stocks
- Revue des mécanismes d'assurance de la qualité
 - ◆ Pharmacovigilance
 - ◆ Surveillance de la qualité des produits

3. Suivi et évaluation

Source: Programme de Gestion Rationnelle des produits pharmaceutiques avec la collaboration du Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, le Paludisme et la Tuberculose et le Partenariat Faire Reculer le Paludisme. 2005. *Changement de politique dans le traitement du paludisme et passage aux combinaisons basées sur l'artémisinine : Guide pour l'application de la nouvelle politique*. Soumis à l'Agence des États-Unis pour le Développement International par le Programme Rational Pharmaceutical Management Plus. Arlington, VA: Management Sciences for Health.

Figure 1. Composantes clés du cadre de mise en œuvre de la politique de traitement antipaludéen

Justification de l'évaluation

Lors de l'atelier de consensus tenu en juin 2003, des informations anecdotiques ont indiqué le démarrage de la mise en œuvre de la nouvelle politique de traitement depuis les mois précédents au niveau des districts de Touba (région de Diourbel) et de Richard Toll (région de St. Louis). Deux des sites sentinelles qui ont été mis en place pour mesurer l'efficacité de la CQ et les autres antipaludiques dans le pays se trouvaient au niveau de ces deux districts. La preuve établie de la résistance accrue à la CQ avait abouti à la décision des Médecins Chefs de District (MCD) des deux districts d'effectuer le changement. Le PNLP s'était intéressé à l'évaluation de la mise en œuvre de la politique de traitement SP/AQ dans les districts qui l'ont adopté et l'utilisation des leçons apprises lors de l'extension de la politique. C'est par la suite, que le PNLP avec l'assistance technique de RPM Plus, a effectué cette évaluation du 24 au 28 mai 2004.

Objectifs de l'évaluation

Cette évaluation était une étude descriptive basée sur les structures sanitaires conçue pour—

1. Évaluer comment la nouvelle politique de traitement du paludisme était mise en œuvre dans ces districts et appliquer les leçons apprises au reste du pays. Étant donné le changement imminent de la politique de traitement du paludisme pour le TCBA, l'analyse de cette évaluation a été élargie pour appliquer les leçons apprises de cette évaluation et l'introduction de l'association de SP/AQ dans la mise en œuvre de la politique du TCBA.
2. Identifier les moyens d'améliorer le respect de la politique de traitement et des directives par les prestataires et les patients.

L'étude vise à apporter des réponses aux questions clés suivantes—

- Les SP/AQ sont-ils disponibles de façon constante et en quantité suffisante dans les structures de santé pour les patients qui veulent en acheter ?
 - Fournir les informations relatives aux composantes opérationnelles du cadre de mise en œuvre à la figure 1
- Les prestataires prescrivent-ils et dispensent-ils l'association de SP/AQ conformément aux directives de traitement disponibles ?
 - Fournir les informations relatives aux composantes techniques du cadre de mise en œuvre de la figure 1
- Les patients reçoivent-ils suffisamment d'informations et de conseils pour mieux comprendre et respecter l'association de SP/AQ ?
 - Fournir les informations relatives aux composantes techniques du cadre de mise en œuvre de la figure 1

- Existe-t-il des obstacles à la mise en œuvre effective des nouveaux traitements recommandés?

Méthodologie de l'étude

Échantillonnage des structures de santé

L'échantillon prend en compte tous les centres de santé des deux districts. Les postes de santé ont été stratifiés en fonction de leur situation géographique—c'est-à-dire, selon qu'ils soient urbains ou ruraux—avec des échantillons choisis à dessein sur la base de cette stratification en collaboration avec le MCD. L'échantillon final a représenté environ 30 pour cent des structures sanitaires dans les deux districts (tableau 1). L'échantillon prend en compte 5 des 13 structures sanitaires urbaines fonctionnelles et 5 des 21 structures sanitaires rurales fonctionnelles.

Tableau 1. Échantillon de structures sanitaires prévu dans chaque district

District		Centre de Santé Urbain	Poste de Santé Urbain	Poste de Santé Rural	Nombre total de structures
Richard Toll (St. Louis)	<i>Nombre par district</i>	1	3	13	17
	<i>Taille de l'échantillon</i>	1	1	3	5
Touba (Diourbel)	<i>Nombre par district</i>	2 ³	8	8	18
	<i>Taille de l'échantillon</i>	1	2	2	5
Total (2 districts)	<i>Taille de l'échantillon</i>	2	3	5	10

L'échantillon final a pris en compte cinq structures sanitaires dans chacun des deux districts, pour un total de dix structures. L'ensemble des postes de santé urbains et ruraux compris dans l'échantillon final de chaque district est représentatif de la répartition réelle des postes de santé dans ces districts. L'échantillon du district de RT a beaucoup plus de structures sanitaires rurales alors que celui du district de Touba en a plus en zone urbaine, ce qui est conforme à la répartition des structures sanitaires dans chacun de ces districts.

L'échantillon prend également en compte trois cases de santé dans les zones des Postes de Santé Ruraux (PSR) de Gnith et de Ndindi. Cependant, il y a peu d'informations disponibles sur ces cases de santé car ne disposant que de peu de documentation, en outre, les informations collectées n'ont pas été incluses dans les analyses finales.

L'échantillon prend en compte les structures sanitaires sur la liste du tableau 2.

³ Un centre de santé dans le district de Touba, le Centre de Santé de Darou Khoudoss, n'était pas fonctionnel et n'est donc pas pris en compte dans l'échantillon final.

Tableau 2. Structures sanitaires incluses dans l'échantillon final

District	Centre de Santé (CS)	Poste de Santé Urbain (PSU)	Poste de Santé Rural (PSR)
Richard Toll (St. Louis)	CS Richard-Toll	PSU Taouey	PSR Rosso PSR Gnith PSR Ronkh
Touba (Diourbel)	CS Ndamatou	PSU Keur Niang PSU Darou Khoudoss	PSR Darou Marnane PSR Ndindi

Méthodes de collecte de données

Neuf⁴ instruments de collecte de données ont été utilisés lors de cette évaluation (tableau 3). Ces instruments ont été mis au point par RPM Plus, dont plusieurs ont été adaptés à partir de la Gestion Pharmaceutique du Paludisme (GPP) et des outils de la Gestion Communautaire des Médicaments contre le Paludisme qui ont été précédemment mis au point par RPM Plus. Ces outils basés sur des indicateurs ont été testés et utilisés dans d'autres évaluations. Les instruments ont été en outre adaptés en collaboration avec le PNLP pour leur utilisation au Sénégal.

Interviews

- Des interviews semi-structurées ont été effectuées avec les décideurs clé : le Médecin Chef de Région (MCR), le MCD et le Président du Comité de District (PCD). Ces interviews étaient censées permettre une meilleure compréhension des pratiques recommandées en ce qui concerne le traitement du paludisme au niveau de chaque région.
- Des interviews structurées ont été effectuées avec les prestataires qui prescrivent les médicaments dans chaque échantillon de structures sanitaires pour une meilleure compréhension de leurs connaissances et des pratiques en ce qui concerne la prescription des médicaments recommandés dans le traitement des cas de paludisme au niveau des structures sanitaires.
- Des interviews structurées ont été effectuées avec les dispensateurs dans chacune des structures sanitaires pour une meilleure compréhension de leur connaissance et des pratiques en ce qui concerne la dispensation des médicaments recommandés dans le traitement des cas de paludisme.
- Des interviews structurées, faites à la sortie de la consultation, ont été effectuées avec des patients ou leurs soignants pour une meilleure compréhension du mode d'emploi des médicaments prescrits et dispensés. Au moins 10 patients dans chaque centre de santé et 5 patients dans chaque poste de santé ont été interviewés (les mêmes patients ont été choisis comme échantillon pour les observations décrites ci-dessous). Ces chiffres ont été choisis sur

⁴ Les trois premières interviews sur la liste du tableau 3 ont été effectuées avec le même instrument—le formulaire d'interview du partenaire impliqué clé. Cependant, certaines questions du formulaire ont été omises dans l'interview du PCD, conformément à ce qui a été discuté et convenu lors de l'essai préliminaire des instruments.

la base du nombre de cas de paludisme escomptés et qui pourraient être consultés chaque jour dans chaque structure sanitaire. Le nombre réel des interviews effectuées est sur la liste du tableau 3.

Tableau 3. Instruments de collecte de données et taille de l'échantillon prévu pour chaque instrument

Instruments	Taille échantillon					
	Prévu			Réel		
	RT	Touba	Total	RT	Touba	Total
Interview MCD	1	1	2	1	1	2
Interview MCR	1	1	2	1	1	2
Interview PCD	1	1	2	1	1	2
Observation Patient-Prestataire	30	30	60	25	31	56
Observation Patient-Dispensateur	30	30	60	21	23	44
Interview du Patient à la sortie	30	30	60	21	28	49
Interview Prestataire	8	9	17	8	12	20
Interview Dispensateur	5	5	10	7	8	15
Formulaire analyse dossier médical	360	360	720	353	366	719
Formulaire inventaire médicaments et fournitures médicales	5	5	10	5	6	11
Formulaire de données de rupture de stock	5	5	10	5	5	10

Observations

- Des observations ont été faites sur l'interaction entre les patients soupçonnés de paludisme et les prestataires pour évaluer les traitements qui sont prescrits et la qualité de la communication de ces traitements aux patients. L'échantillon prévu requiert que les interactions du prestataire avec au moins 10 patients dans chaque centre de santé et 5 patients dans chaque poste de santé soient observées pour un total de 30 interactions au niveau de chaque district. (Les interactions de ces mêmes patients avec les dispensateurs sont observées plus tard et ils sont interviewés à leur sortie de la structure sanitaire.) Dans le district de RT, seules 25 interactions ont été observées. Les enquêteurs ne pouvaient pas observer le nombre d'interactions ciblées en raison du nombre limité de patients consultés dans deux des postes de santé—le PSR de Gnith et le PSR de Ronkh. La date de collecte de données n'avait pas coïncidé avec le jour de marché où la plupart des patients se rendent au poste de santé, d'où le peu de patients. Dans le district de Touba, 31 interactions patient-prestataire ont été observées. Le nombre exact des observations effectuées est sur la liste du tableau 3.
- Des observations ont été effectuées sur les interactions entre les patients atteints de paludisme et les dispensateurs pour évaluer le type de médicaments qui doivent leur être administré et la qualité des conseils qui accompagnent la dispensation de ces médicaments. Les interactions du dispensateur avec au moins 10 patients dans chaque centre de santé et 5 patients dans chaque poste de santé ont pu être observées. (Les interactions de ces mêmes

patients avec les prestataires viennent d'être observées et ils sont interviewés à leur sortie de la structure sanitaire.) Tous les patients n'achètent pas leurs prescriptions au dépôt avant de sortir ; par conséquent, seule l'interaction de 44 sur les 56 patients avec les dispensateurs a été observée. Le nombre exact des observations effectuées est sur la liste du tableau 3.

Analyse des registres de consultations

Une rétrospective des dossiers des patients a été effectuée pour analyser les médicaments qui sont prescrits aux patients atteints du paludisme dans les 12 mois précédents. Dans chaque structure sanitaire, tous les cas de paludisme mensuels sont étudiés et classés en deux catégories—adultes (15 ans ou plus) ou enfants (0–14 ans). Dans chaque catégorie, trois cas sont choisis comme échantillon au hasard.⁵ Le nombre exact de dossiers analysés est sur la liste du tableau 3.

Inventaire

Une revue des enregistrements d'inventaire et un inventaire physique ont été effectués pour évaluer la disponibilité du SP/AQ et des autres antipaludiques au niveau des structures sanitaires et leurs magasins de fournitures affiliés au district pour la période des 12 mois précédents au moment de l'évaluation.

Élaboration de la liste de médicaments-traceurs

La liste de traceurs qui sera utilisée lors de l'évaluation de la disponibilité des antipaludiques a été mise au point par le PNLP en collaboration avec le RPM Plus. Cette liste est composée des antipaludiques contenus dans les anciennes et les nouvelles directives de traitement du paludisme dans les dosages qui sont censés être disponibles au niveau des structures sanitaires visées par l'enquête.

Tableau 4. Liste des traceurs

Produit	Abréviation
Sulfadoxine-pyriméthamine 500 mg/25 mg comprimé	SP
Amodiaquine 200 mg comprimé	AQ
Amodiaquine suspension orale	AQ sir
Phosphate Chloroquine 150 mg comprimé	CQ
Chloroquine sirop 50 mg/5 ml (10 mg/ml)	CQ sir
Quinine 200 mg injectable	Qu 200 inj
Quinine 400 mg injectable	Qu 400 inj
Artemether-luméfantrine (Coartem) 20 mg/120 mg comprimé	ATM-LUM

⁵ Les outils utilisés pour l'analyse des registres de consultations ont été adaptés de l'outil GPP et c'est la méthodologie d'échantillonnage recommandée dans l'outil.

Collecte de données

Cette évaluation a nécessité le recrutement de 12 enquêteurs. Le recrutement a été fait avec la collaboration du PNLN, et tous les enquêteurs proviennent des différents secteurs du Ministère de la Santé (voir Annexe 1 pour la liste complète des enquêteurs).

Un atelier de trois jours de formation à l'endroit des enquêteurs a été organisé dans les bureaux de BASICS II à Dakar, Sénégal, du 17 au 19 mai 2004. Le pré-test des instruments de collecte de données a été effectué au Centre de Santé de Ouakam à Dakar au troisième jour de la formation. Sur la base des résultats de ce pré-test, les instruments de collecte des informations ont été modifiés et finalisés.

La collecte des informations dans les districts de Touba et RT a eu lieu du 24 au 28 mai 2004. Une équipe de six enquêteurs a été affectée dans chaque district. Dans chaque équipe il existe un agent chargé de la coordination de l'étude. Chaque enquêteur a une tâche spécifique qui lui est assignée au sein de l'équipe. Le coordonnateur de l'étude est chargé de la conduite des interviews avec les décideurs clés ainsi que de la gestion des activités de collecte de données de l'équipe.

Limitations

Limitations de la méthodologie

Cette étude se limite à l'utilisation des instruments relativement structurés pour la collecte de données nécessaires au niveau des structures sanitaires. L'étude était destinée à identifier les problèmes et les pratiques relatives à la disponibilité et à l'utilisation des antipaludiques, plutôt qu'à la collecte de données qui faciliteraient une meilleure compréhension des facteurs susceptibles de motiver certains comportements et pratiques observés, ou qui aideraient à mieux comprendre les facteurs qui peuvent entraver l'adoption des comportements et des pratiques souhaités.

Limitations identifiées lors de l'exercice de collecte de données

Les enquêteurs ont rencontré des difficultés qui ont affecté leurs activités et la qualité de certaines données collectées, y compris les suivantes—

- L'accès au personnel médical. La semaine de la collecte des informations a coïncidé avec les ateliers de formation d'une partie du personnel médical en charge des structures sanitaires ; cela explique le fait qu'ils ne furent pas disponibles pour être interviewés lors de la visite de leur structure sanitaire. Les enquêteurs sont, autant que possible, retournés plus tard dans la semaine pour effectuer les interviews.
- Faible taux de fréquentation. Les visites aux postes de santé n'ont pas toujours coïncidé avec le jour le plus chargé (jour de marché). C'est pourquoi, le nombre de cas de paludisme est insuffisant pour les observations et les interviews. Ce faible taux de fréquentation était plus inquiétant au niveau du PSU de Taouey où l'observation des

interactions patient-prestataire et les interviews des patients ont dû être effectuées dans le poste de santé voisin de Gallo Malick afin d'obtenir un nombre suffisant de cas de paludisme.

- Dossiers mal établis
 - Les registres de consultations des patients étaient incomplets dans la plupart des cas, ce qui par conséquent, limitait les informations qui pouvaient être collectées. Certains dossiers ne contenaient ni le diagnostic ni le nom des médicaments prescrits. Ces dossiers ont été exclus du cadre d'échantillonnage. Il y avait peu d'informations complémentaires sur la liste des médicaments prescrits, y compris les noms génériques de ces médicaments, les posologies et la durée du traitement. Les profils des patients contenus dans les dossiers sont également limités. L'âge du patient n'est pas toujours indiqué, et dans plusieurs cas, c'est seulement la tranche d'âge (0–5, 15–49) qui est indiquée. Dans la plupart des cas, les enquêteurs numérotaient également les dossiers dans le but de les utiliser.
 - Il manquait des fiches de stock dans la plupart des structures et dans celles où elles existaient, elles étaient mal entretenues, ce qui fait que la collecte de toutes les informations nécessaires était difficile. D'autres sources de collecte de données ont été employées dans la mesure du possible, telles que les formulaires de commande et de réception, et l'information verbale donnée par les membres du personnel. L'inventaire physique a été aussi utilisé dans la plupart des structures pour collecter les données sur la disponibilité des stocks.
 - Des registres de distribution quotidienne doivent être remplis chaque jour. Si un médicament a été dispensé, la quantité totale dispensée ce jour est inscrite. Si le médicament était disponible, mais pas vendu ce jour là, on inscrira « 0 ». Les ruptures de stocks doivent être notées sur le registre en coloriant en noir la cellule. Cependant, en examinant le registre, les enquêteurs ont constaté que dans plusieurs cas les ruptures de stocks ont été aussi inscrites comme étant « 0 » dans le registre, ce qui fait qu'il était difficile de discerner les données des ruptures de stocks dans ces registres. Les enquêteurs ont opté pour l'utilisation des bordereaux de commande et des registres des médicaments prescrits par patient pour déterminer les périodes de ruptures de stocks.

DISPONIBILITÉ DES ANTIPALUDIQUES NÉCESSAIRES

La disponibilité continue d'antipaludiques dans les structures sanitaires à un prix accessible est un aspect important pour s'assurer que le patient aura accès à ces médicaments. La disponibilité de tout médicament au niveau de l'utilisateur final est le résultat de la quantification, de l'approvisionnement, de la distribution et des méthodes de gestion des stocks aux niveaux national, régional et des structures sanitaires. Cette évaluation s'est focalisée sur la disponibilité de l'antipaludique au niveau de l'utilisateur final; donc une évaluation plus en profondeur serait nécessaire pour diagnostiquer la (les) cause(s) de tous les problèmes identifiés.

Pendant cette évaluation, les données sur la disponibilité et le prix des antipaludiques répertoriés sur la liste de traceurs ont été rassemblées et analysées. Les antipaludiques sur la liste de traceurs n'étaient limités qu'à ceux qui figurent dans les DST, sous l'ancienne politique de traitement aussi bien que la nouvelle politique utilisée dans les structures de soins de santé primaires. Les antipaludiques faisant partie des DST devraient continuellement être disponibles au niveau des établissements de santé faisant partie de l'échantillon d'étude.

Les informations sur la disponibilité des stocks ont été recueillies en utilisant les fiches de stock de médicaments au niveau des dépôts et les registres de distribution journalière des médicaments et en interviewant les dispensateurs au niveau des structures sanitaires. Les fiches de données de ruptures de stocks ont été utilisées pour établir le nombre de jours de ruptures de stocks des antipaludiques répertoriés sur la liste des traceurs dans chaque structure sanitaire entre mai 2003 et avril 2004 (les 12 mois précédant l'évaluation). La période couvre les 2 mois précédant l'annonce du changement officiel de politique nationale (juillet 2003) et les 10 mois qui suivent l'annonce du changement officiel de politique nationale. Cette fiche fournit donc une perspective historique sur la disponibilité des antipaludiques compris sur la liste des traceurs. Cette fiche n'a pas fourni à dessein d'informations sur la quantité des antipaludiques qui était disponible au cours de la période de 12 mois. La Fiche d'Inventaire était destinée à recueillir des informations sur la quantité de médicaments destinés à la lutte contre le paludisme, disponibles au moment de l'évaluation.

Méthodes de gestion des stocks

Les registres manuels et les fiches de stock sont les principaux systèmes de conservation des dossiers de gestion de stock utilisés dans les structures sanitaires (tableau 5). Comme mentionné ci-dessus, plusieurs problèmes ont été observés concernant l'entretien de ces fiches et on ne pouvait pas se baser sur toutes pour fournir les données nécessaires. Dans deux des trois structures sanitaires qui utilisaient des fiches de stock, on a procédé à un décompte physique pour recueillir les données disponibles qui ne pouvaient pas être obtenues à partir des fiches de stock incomplètes (tableau 5). Seule une structure sanitaire faisant partie de l'échantillon, un poste de santé situé dans le district de RT, n'avait utilisé aucun système de gestion des stocks, et on a procédé à un inventaire physique pour recueillir les données disponibles sur ce site.

Tableau 5. Systèmes de gestion des stocks

Système de contrôle des stocks	Existant (n^a = 11)	Utilisé dans l'étude (n^a = 11)
Registre informatisé	0	0
Registre manuel	7	7
Fiches de stock	3	1
Néant	1	0
Décompte physique	0	3

^a Le CS de Touba dispose de deux dépôts de médicaments indépendants—le dépôt de la structure sanitaire (qui approvisionne la structure) et le dépôt du district (qui approvisionne l'ensemble du district)—qui sont ouverts alternativement (et se relaient toutes les 48 heures). Les données sur les ruptures de stock n'ont été recueillies qu'à partir du dépôt du district.

Inventaires des antipaludiques répertoriés sur la liste de traceurs

Disponibilité des comprimés de SP et AQ

L'examen des données de rupture de stock a couvert la période des 12 mois (mai 2003 à avril 2004) qui inclue la période de 2 mois précédant le changement officiel intervenu dans la politique de traitement du paludisme en juillet 2003 et les 10 mois qui suivent le changement officiel de politique de traitement. Avant ce changement, la SP était recommandée comme traitement de deuxième intention pour le paludisme et l'AQ ne faisait pas partie des directives; donc, on ne s'attend pas à ce que ces médicaments soient disponibles en grande quantité dans les structures de soins de santé primaires comme les centres de santé et les postes de santé.

On suppose cependant que les deux districts inclus dans cet échantillon ont commencé à mettre en œuvre la politique SP/AQ dans les mois qui précèdent le changement officiel de politique nationale. Ainsi, on s'attendait à ce que la SP et l'AQ puissent être disponibles au niveau de ces établissements de santé, mais cette supposition n'était pas appuyée par les données de l'évaluation.

La SP et l'AQ n'étaient disponibles continuellement sur une période de 12 mois (tableau 6) que dans une seule des structures sanitaires visées par l'enquête dans le district de Touba. La SP était disponible dans toutes les structures sanitaires qui ont fait l'objet d'une enquête dans le district à partir de juillet 2003, et quelques structures sanitaires ont connu des ruptures de stock limitées après cette date. A partir d'octobre 2003, l'AQ était disponible dans toutes les structures sanitaires du district, avec des ruptures de stocks limitées après cette date (figure 2). Donc, dans ces structures, les patients n'auraient pas pu acheter l'association de SP/AQ au niveau des dépôts des structures sanitaires avant octobre 2003. Avant cette date, les patients devaient acheter au moins un des médicaments ailleurs si on leur avait prescrit l'association.

Tableau 6. Nombre de structures sanitaires sans ruptures de stock, mai 2003–avril 2004

District	Comp. SP	Comp. AQ 200	Sir. AQ	Comp. CQ 150	Sir CQ	Inj Qu 200	Inj Qu 400
RT (n=5)	1	0	0	2	0	3	4
Touba (n=5)	1	1	1	4	1	2	4
Tous	2	1	1	6	1	5	8

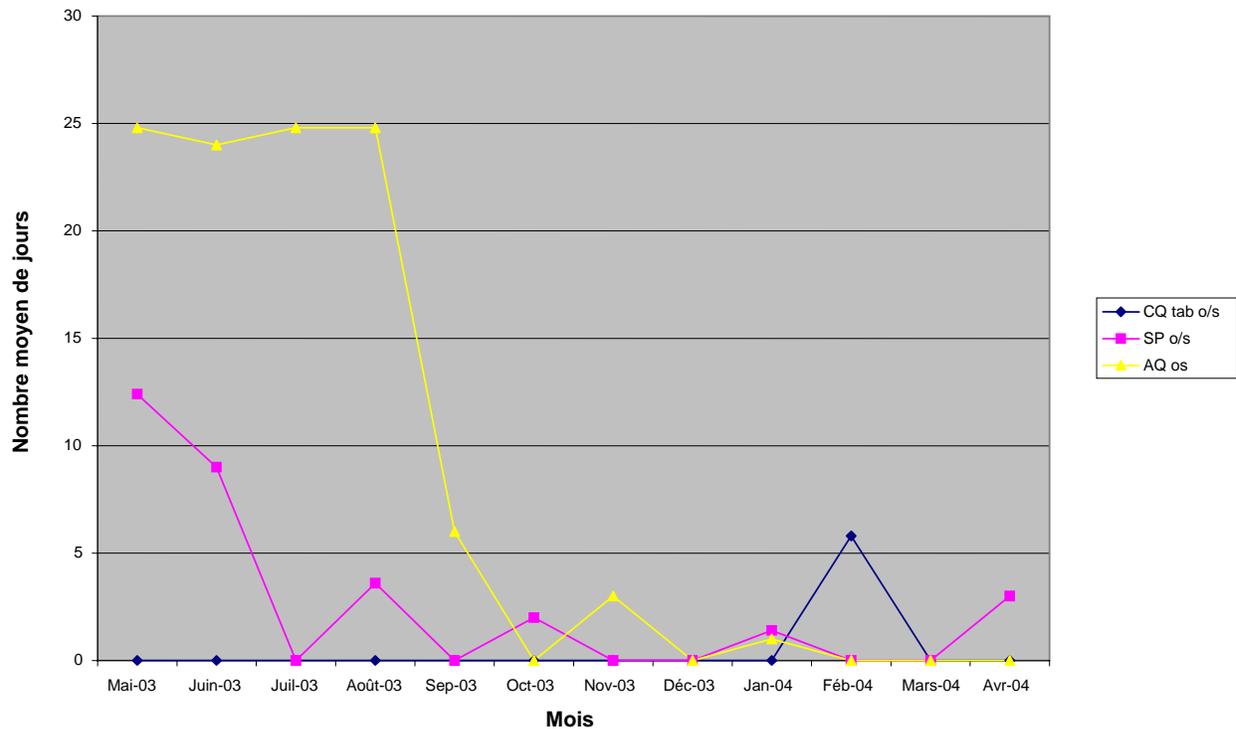


Figure 2. Rupture de stock de SP, AQ, et CQ dans les structures sanitaires du district de Touba

Dans le district de Richard Toll, seule une des cinq structures sanitaires détenait de la SP en permanence pendant toute l'année (tableau 6). L'AQ n'était disponible dans aucune des structures sanitaires jusqu'en novembre 2003, et ce n'est qu'en mars 2004 que l'AQ fut continuellement disponible dans toutes les structures sanitaires faisant l'objet de l'enquête (figure 3). Donc, ce n'est qu'en mars 2004 que la SP aussi bien que l'AQ furent disponibles de façon constante dans toutes les structures sanitaires du district.

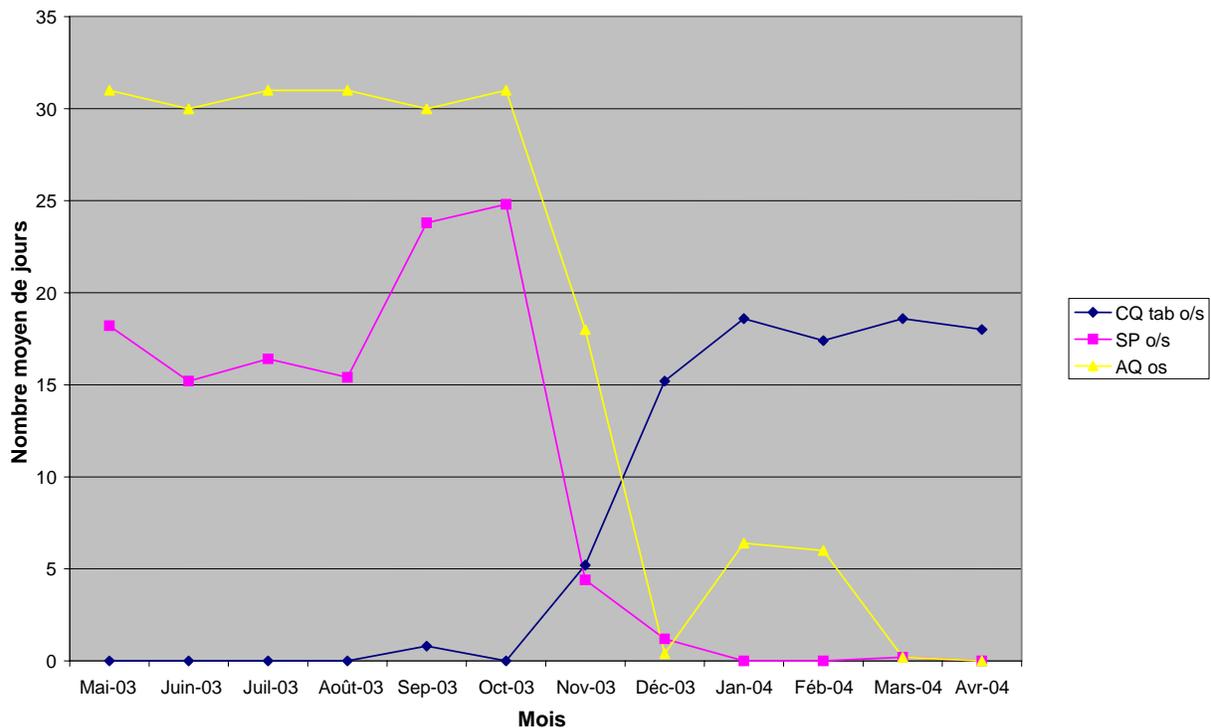


Figure 3. Ruptures de stock de SP, AQ et CQ dans les structures sanitaires du district de Richard Toll

Les registres de stock de SP au moment de l'évaluation ont montré que la SP était disponible dans toutes les structures sanitaires dans les deux districts⁶ (tableau 7). La quantité de SP disponible s'élevait entre 15 et 2.877 comprimés (ce qui équivaut entre 5 et 959 doses de SP adultes⁷), avec une moyenne de 583 comprimés (194 doses pour adultes). Dans l'une des structures sanitaires du district de RT, il y avait une rupture de stock d'AQ, mais ce médicament était disponible dans toutes les structures sanitaires de Touba. La quantité d'AQ disponible était comprise entre 0 et 15.000 comprimés (entre 0 et 1.666 doses pour adultes⁸), avec une moyenne de 2.583 comprimés (287 doses pour adultes).

Les plus grandes quantités de SP et d'AQ ont été trouvées au niveau des dépôts affiliés aux centres de santé dans chacun des deux districts, qui font également office de dépôts du district et approvisionnent tous les postes de santé du district. Malheureusement, étant donné que cette évaluation n'a pas rassemblé de données sur la fréquentation au niveau des structures sanitaires, il n'est pas possible d'évaluer combien de mois de prévisions de besoins en SP et AQ ces quantités représentent.

⁶ Cette SP aussi se doit utiliser pour le traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse.

⁷ Une dose adulte de SP = 3 comprimés.

⁸ Une dose adulte d'AQ = 9 comprimés.

Tableau 7. Inventaire physique des antipaludiques présents sur la liste de traceurs

Médicaments		Comp. SP	Comp. AQ 200	Sir. AQ	Comp. CQ 150	Sir. CQ	Inj. Qu 200	Inj. Qu 400
<i>ensemble de comptage transistorisé</i>		comprimé	comprimé	ml	comprimé	ml	ml	ml
District de RT (n=5)	minimum	57	0	0	0	0	0	144
	maximum	1.500	5.120	1.680	650	0	1.884	3.300
	moyenne	422	1.642	600	176	0	1.087	1.137
District de Touba (n=6)	minimum	15	80	720	370	0	0	0
	maximum	2.877	15.000	6.480	81.000	49.320	320	23.200
	moyenne	717	3.368	2.730	17.629	9.350	160	4.199
Ensemble des districts	minimum	15	0	0	0	0	0	0
	maximum	2.877	15.000	6.480	81.000	49.320	1.884	23.200
	moyenne	583	2.583	1.762	9.696	5.100	822	2.807

Disponibilité de la suspension d'AQ

Comme prévu dans le commentaire de la prochaine section, plusieurs prestataires de soins de santé interviewés préfèrent prescrire des suspensions médicamenteuses au lieu de comprimés aux bébés et aux petits enfants pour la prise en charge du paludisme. Une analyse de la disponibilité de suspension d'AQ dans les structures sanitaires du district de Touba a montré que ce n'était qu'à partir de mars 2004 que cette suspension était disponible dans toutes les structures sanitaires qui ont fait l'objet de l'enquête (figure 4). Dans le district de Richard Toll, la suspension d'AQ était disponible un peu plus tôt, en janvier 2004, dans les structures sanitaires qui ont fait l'objet de l'enquête (figure 5).

L'inventaire au moment de l'évaluation a montré que le stock de suspension d'AQ était en rupture dans une seule structure sanitaire du district de RT et était disponible dans tous les établissements de santé de Touba (tableau 7). La quantité de suspension d'AQ trouvée dans les structures sanitaire du district de RT était de l'ordre de 0 à 1.680 ml (0 à 28 doses⁹), avec une moyenne de 600 ml (6 doses). La quantité trouvée dans les établissements de santé de Touba était de l'ordre de 720 à 6.480 ml (12 à 108 doses), avec une moyenne de 2.730 ml (45 doses).

⁹ La suspension d'AQ est dispensée en bouteilles de 60 ml, ce qu'on considère ici comme l'équivalent à une dose.

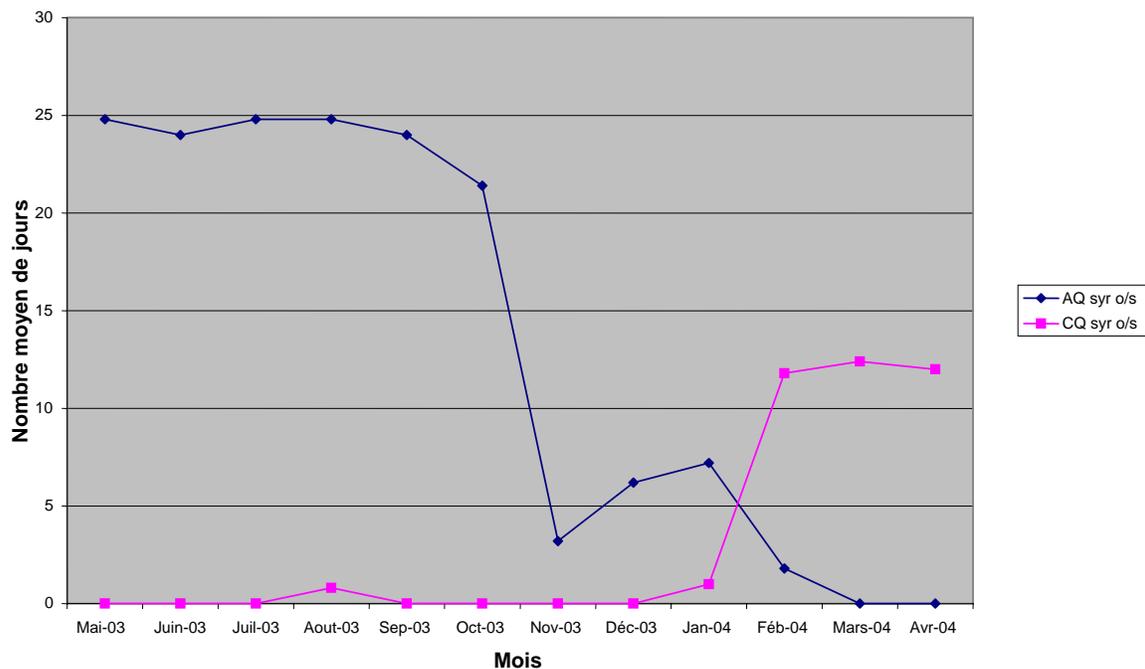


Figure 4. Ruptures de stock de la suspension d'AQ et de la suspension de CQ dans le district de Touba

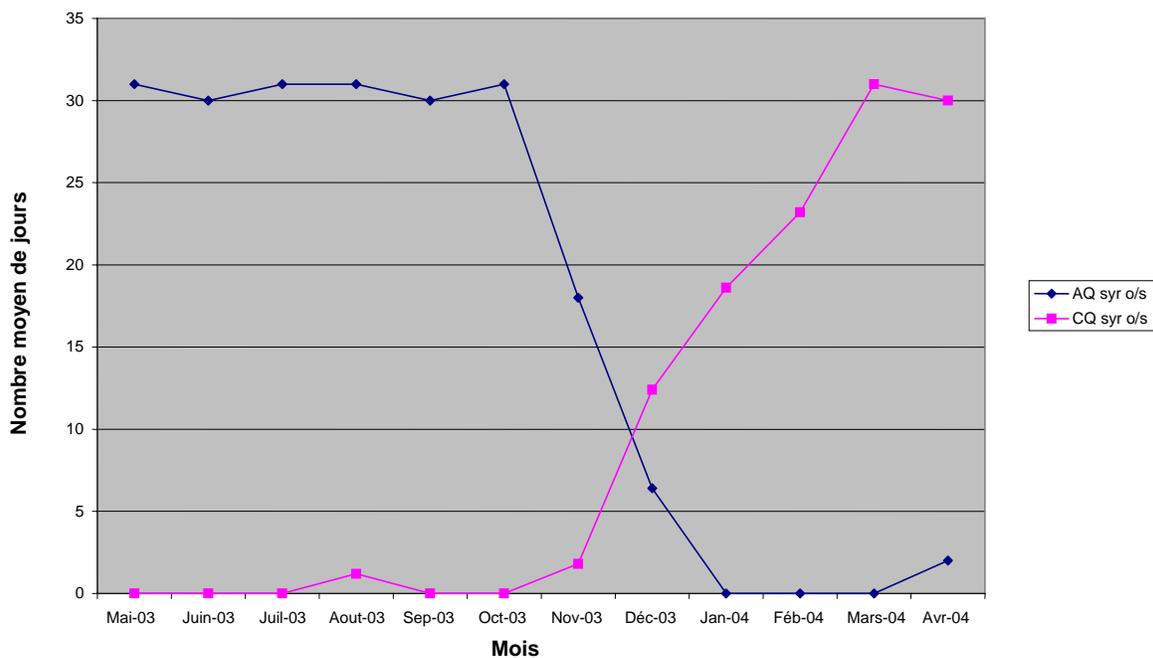


Figure 5. Ruptures de stock de la suspension d'AQ et de la suspension de CQ dans le district de Richard Toll

Disponibilité de comprimés et de suspension de CQ

Avant le changement de politique, la CQ était le médicament de première intention recommandé pour le traitement du paludisme. On ne sait pas si un plan spécifique a été développé pour éliminer progressivement les réserves de CQ étant donné que la SP et l'AQ étaient devenus largement disponibles dans les structures sanitaires, mais cette analyse s'attendait à ce que les stocks de comprimés et de suspension de CQ baissent vu que l'assimilation de la nouvelle politique de traitement par les prestataires de soins de santé et les patients devenait de plus en plus grande et vu qu'aucun nouveau stock de comprimés et de suspension de CQ n'avait été acquis.

Dans le district de RT, les ruptures de stocks de suspension de CQ ont commencé dans certaines structures sanitaires qui ont fait l'objet d'une enquête en novembre 2003 (figure 5) et la suspension de CQ fut complètement en rupture dans toutes les structures sanitaires avant avril 2004. L'inventaire physique fait en mai 2004 n'a trouvé aucun stock de suspension de CQ dans toutes les structures sanitaires qui ont fait l'objet de l'enquête dans ce district (tableau 7).

Dans le district de Touba, les ruptures de stocks de suspension de CQ ont commencé en janvier 2004 (figure 4) dans certaines structures sanitaires qui ont fait l'objet de l'enquête. Cependant, les données indiquent que certaines structures sanitaires du district continuaient les achats de suspension de CQ au-delà de cette date. En avril 2004, la suspension de CQ n'était en rupture que dans deux des cinq structures sanitaires. Elle était encore disponible dans les autres structures sanitaires. La quantité de suspension de CQ trouvée dans les structures sanitaires qui ont fait l'objet d'une enquête dans ce district lors de l'inventaire physique fait en mai 2004 est comprise entre 0 et 49.320 ml (l'équivalent de 0 à 4.932 doses¹⁰), avec une moyenne de 9.350 ml (935 doses) (tableau 7).

Une analyse des données sur les ruptures de stocks a montré que les comprimés de CQ ont été disponibles de façon constante dans toutes les structures sanitaires du district de Touba, sauf une, dans la période allant de mai 2003 à avril 2004 (tableau 6). Dans l'unique structure sanitaire où il y avait une rupture de stock de comprimés de CQ pendant tout le mois de février 2004, la disponibilité ultérieure de ce produit en mars et avril dans le même établissement montre qu'on continuait à acheter et à stocker des comprimés de CQ, même si ils n'étaient plus recommandés pour l'utilisation (figure 2). L'inventaire physique a montré que des comprimés de CQ étaient toujours disponibles dans toutes les structures sanitaires du district à la fin du mois de mai 2004, avec des quantités variant entre 370 et 81.000 comprimés (l'équivalent de 37 à 8.100 doses pour adultes¹¹), avec une moyenne de 17.629 comprimés (1.762 doses pour adultes).

La suppression progressive des comprimés de CQ dans les structures sanitaires qui ont fait l'objet de l'enquête du district de Richard Toll semble avoir été plus systématique. L'analyse des données sur les ruptures de stocks survenues de mai 2003 à avril 2004 a montré qu'il y avait de plus en plus de ruptures de stocks de comprimés de CQ, vu que la SP et l'AQ devenaient plus disponibles (figure 3). Seules deux des cinq structures sanitaires qui ont fait l'objet de l'enquête

¹⁰ La suspension de CQ est dispensée en bouteilles de 60 ml, ce qu'on considère ici comme l'équivalent à une dose.

¹¹ 10 comprimés de CQ = 1 dose adulte.

n'avaient eu aucune rupture de stock de comprimés de CQ pendant cette période. L'inventaire fait en mai 2004 a indiqué que la quantité de comprimés de CQ disponible dans ces structures sanitaires variait entre 0 et 650 comprimés (entre 0 et 65 doses pour adultes).

Disponibilité de la quinine

La quinine est le traitement recommandé pour les cas de paludisme grave aussi bien dans les nouvelles que les anciennes directives de traitement. Aucune des structures sanitaires qui ont fait l'objet de l'enquête ne détenait de stocks de quinine. L'analyse des données sur les ruptures de stocks de quinine injectable montre que ce produit était disponible de façon constante soit en dose de 200 mg ou de 400 mg dans 8 des 10 structures sanitaires qui ont fait l'objet de l'enquête (tableau 6). L'inventaire physique fait en mai 2004 a indiqué que la quinine injectable était disponible dans toutes les structures sanitaires enquêtées (tableau 7).

Prix des antipaludiques présents sur la liste de traceurs

Les informations sur les prix des antipaludiques ont été obtenues à partir de l'examen des registres de consultations, d'interviews auprès des dispensateurs, et d'un examen des registres de consultation et de distribution des médicaments par patient en utilisant le formulaire d'Examen des Registres de Consultations. Les informations réduites disponibles dans les registres de consultations signifient que ces informations sur les prix n'étaient pas toujours disponibles. Les prix moyens des antipaludiques sur la liste de traceurs sont inscrits dans le tableau 8.

Tableau 8. Prix moyen unitaire des antipaludiques (FCFA)

	Prix moyen unitaire						
	Comp. CQ	Sir. CQ	Comp. AQ	Sir. AQ	Comp. SP	Qu 200 Inj.	Qu 400 Inj.
Source: interviews avec les dispensateurs	10	515	30	975	100	100	145
Source: examen des registres de consultations	10	520	n/d	n/d	60	100	175

Note: FCFA = franc de la Communauté financière africaine, Banque Centrale des états de l'Afrique de l'ouest;
n/d = non disponible.

Comme prévu, une comparaison du coût d'achat de la dose complète pour adulte de CQ, comparée avec le coût d'achat de l'association de SP/AQ, montre que cette dernière coûte plus chère que la mono thérapie de CQ (tableau 9). Malheureusement, il n'y avait pas suffisamment de données pour comparer la différence dans les prix de l'association de SP/AQ entre les districts ou les structures sanitaires.

Tableau 9. Comparaison du coût d'achat d'une dose complète pour adulte de CQ, SP et d'AQ

Médicament	Dose pour adulte (comp.)	Coût moyen selon l'étude	
		FCFA	USD ^a
Comprimé CQ	10	100	0.18
Comprimé SP	3	300	0.55
Comprimé AQ	9	270	0.50

^a1 USD = 545 FCFA le 31 décembre 2003. (Source: <http://www.oanda.com/convert/classic.>)

UTILISATION D'ANTIPALUDIQUES

Une mise en oeuvre efficace d'une nouvelle politique de traitement exige que les Directives Standardisées de Traitement et la Liste de Médicaments Essentiels soient développées ou mises à jour et disséminées dans les structures sanitaires pour une utilisation par les prestataires de soins de santé au niveau de ces structures. Une mise en oeuvre réussie exige également que les prestataires de soins de santé soient formés et orientés vers cette nouvelle politique. Enfin, elle exige que les patients soient informés sur les médicaments appropriés pour leur maladie et sur ce à quoi ils doivent s'attendre pendant qu'ils sont sous traitement.

Étant donné ces exigences, les évaluateurs supposent que les DST et la LME ont été reconsidérées et que des copies mises à jour ont été envoyées dans les structures sanitaires lorsque la politique de SP/AQ a été adoptée. On suppose que des sessions d'initiation ou de formation ont été tenues pour informer ou former les prestataires de soins de santé sur la nouvelle politique, et on pense que des campagnes d'IEC ont eu lieu pour sensibiliser les patients sur la nouvelle politique. Pendant cette évaluation, des données sur les connaissances et pratiques des prestataires de soins de santé et des patients par rapport à cette nouvelle politique ont été recueillies et analysées.

Les caractéristiques des prestataires et dispensateurs interviewés

Vingt prestataires ont été interviewés, 8 dans le district de Richard Toll et 12 dans le district de Touba. La plupart de ces prestataires (16/20) étaient des infirmiers, aide infirmiers ou sages-femmes (tableau 10). Seuls 2 des prestataires interviewés étaient des médecins, un dans chaque district et tous deux travaillaient dans le centre de santé du district. Deux des prestataires interviewés étaient des Agents de Santé Communautaire (ASC) qui travaillaient tous les deux dans des postes de santé ruraux dans le district de Richard Toll.

Tableau 10. Formation professionnelle des prestataires interviewés

Niveau professionnel	District de RT		District de Touba		Total
	Urbain	Rural	Urbain	Rural	
Médecin	1	0	1	0	2
Infirmier, aide infirmier, sage-femme	2	3	4	7	16
ASC	0	2	0	0	2
Total	3	5	5	7	20

Sur les 20 prestataires, 14 affirment avoir suivis une formation sur la prise en charge du paludisme; 4 parmi ces 20 ont annoncé qu'ils n'ont jamais suivi de formation sur la prise en charge du paludisme; et 2 des 20 n'ont pas répondu. Parmi ceux qui ont affirmé avoir suivi une formation, seuls 4 (parmi les 14) ont annoncé qu'ils avaient reçu leur dernière formation dans les 12 mois précédent. En moyenne, cela faisait 15,4 mois que les prestataires avaient suivi leur dernière formation sur la prise en charge du paludisme (tableau 11).

Tableau 11. Nombre de mois écoulés depuis la dernière formation des prestataires sur la prise en charge du paludisme

Période	District de RT			District de Touba			Total
	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total	
Moyenne (mois)	15.5	21.3	19.3	16.3	10.0	12.4	15.4
Minimum (mois)	7.0	6.0	6.0	1.0	1.0	1.0	1.0
Maximum (mois)	24.0	36.0	36.0	24.0	13.0	24.0	36.0

Treize dispensateurs ont été interviewés, 7 dans le district de Richard-Toll et 6 dans le district de Touba. La plupart des dispensateurs interviewés (7/13) affirment qu'ils n'ont reçu aucune formation professionnelle. Sur les 6 dispensateurs restant, 5 ont été formés en tant que ASC, alors que la dernière était une infirmière, aide infirmière ou sage-femme (tableau 12).

Tableau 12. Formation professionnelle des dispensateurs interviewés

Formation professionnelle	District de RT		District de Touba		Total
	Urbain	Rural	Urbain	Rural	
Infirmier, aide infirmier, sage-femme	0	1	0	0	1
ASC	0	3	1	1	5
Aucune	2	1	1	3	7
Total	2	5	2	4	13

En plus des prestataires et des dispensateurs, six décideurs clé ont été interviewés. Dans chaque district, le MCR, le MCD et le PCD ont été interviewés. Les MCR et les MCD sont les responsables des soins de santé respectivement pour la région et le district. Le PCD est un leader communautaire qui n'a pas forcément reçu de formation médicale.

Disponibilité et utilisation des Directives Standardisées de Traitement

La disponibilité des DST est l'un des éléments qui permettent de déterminer si les prestataires utilisent les DST lorsqu'ils prescrivent des médicaments. Seuls 10 sur les 20 prestataires interviewés dans les deux districts affirment que les DST étaient disponibles dans leur structure sanitaire (tableau 13). Cette proportion était la même dans chacun des deux districts pris individuellement. Une proportion légèrement plus élevée de prestataires présents dans les structures sanitaires urbaines (5/8) affirmait que les DST étaient disponibles dans leurs structures sanitaires comparés avec les prestataires dans les structures sanitaires rurales (5/12).

Tableau 13. Est-ce que les DST sont disponibles au niveau de cette structure ? Réponses des prestataires interviewés

Réponse	District de RT		District de Touba		Total
	Urbain	Rural	Urbain	Rural	
Oui	3	1	2	4	10
Non	0	4	2	3	9
Ne sait pas	0	0	1	0	1
Total	3	5	5	7	20

Bien que les instruments de collecte de données incluent une question pour déterminer la date de publication des DST disponibles, les données collectées sous forme de réponses à la question ne suffisaient pas pour déterminer si ces DST étaient actuels et si elles incluait les nouvelles directives de traitement du paludisme.

Le nombre de prestataires interviewés qui affirmaient avoir suivi les directives nationales de traitement du paludisme était seulement de 12 sur 20 (tableau 14). Une proportion légèrement plus élevée de prestataires (6/8) basés dans les structures sanitaires urbaines, comparée à 6 prestataires sur 12 dans les zones rurales, a affirmé qu'ils ont suivi les directives de traitement du Paludisme. Ces résultats concordent avec la disponibilité des directives dans les structures sanitaires, comme nous l'avons décrite ci-dessus.

Tableau 14. Nombre de prestataires affirmant qu'ils suivent les DST nationales sur le paludisme

Réponse	District de RT		District de Touba		Total
	Urbain	Rural	Urbain	Rural	
Oui	3	2	3	4	12
Non	0	2	1	0	3
Aucune réponse	0	1	1	3	5
Total	3	5	5	7	20

Connaissances sur la prescription et la dispensation

Communication sur le changement dans la politique de traitement du paludisme

Une communication à temps du changement de politique sur le traitement du paludisme aux prestataires de soins de santé est nécessaire s'ils doivent appliquer la nouvelle politique à la dispensation et à la prescription. On a demandé aux six décideurs clé quelle était la date du changement de politique. L'un des six ne savait pas quand est-ce que le changement avait eu lieu, et les cinq autres ont donné des dates différentes, allant d'avril 2003 à février 2004 (tableau 16). Seul un des six a correctement rapporté que le changement avait eu lieu en juillet 2003. Un des décideurs clé (du district de Touba) qui a affirmé que le changement avait eu lieu en avril 2003, aussi a rapporté qu'il avait initié soi-même un changement en raison de la résistance

croissante de la CQ, appuyant ainsi la preuve anecdotique selon laquelle c'était les premiers district à adopter cette politique.

La gestion de la communication sur les politiques médicales à l'attention des prestataires de soins de santé dans les régions et les districts relève respectivement de la responsabilité du MCR et du MCD. Quatre des 6 décideurs clé, les deux MCD et les deux MCR, ont été donc interviewés pour qu'ils fournissent des informations sur les stratégies de communication utilisées pour répandre la nouvelle politique auprès des prestataires de soins de santé. Ils ont affirmé que quatre cadres parmi les prestataires de soins de santé ont été ciblés pour recevoir la communication sur le changement de politique de traitement du paludisme (tableau 15). Tous les quatre ont affirmé que les médecins ont été choisis comme cibles pour recevoir la communication sur le changement de politique. Trois décideurs sur les quatre ont affirmé que les infirmiers et les sages-femmes ont été ciblés pour recevoir la communication sur le changement de politique, et l'un a affirmé que les ASC étaient aussi ciblés pour recevoir la communication sur le changement de politique.

Tableau 15. Cadres parmi les prestataires de soins ciblés par les stratégies de communication

Prestataires de soins de santé	Proportion
Médecins	4/4
Infirmiers	3/4
Sages-femmes	3/4
ASC	1/4

Sur les quatre décideurs clé interviewés, deux ont affirmé que le changement de politique a été communiqué pour la première fois aux prestataires de soins de santé en juillet 2003. Cette date correspond à la date de changement de la politique mais elle est plus tardive que celle indiquée par les rapports anecdotiques qui suggèrent que les changements dans ces deux districts sont apparus avant le changement apporté à la politique nationale. Ce qui est intéressant c'est que le décideur clé qui affirmait qu'il avait initié le changement de politique en avril 2003 faisait partie de ceux qui affirmaient que le changement avait été communiqué aux prestataires de soins de santé en juillet 2003. Sur les deux décideurs clé restant interviewés, l'un a affirmé que le changement apporté à la politique de traitement du paludisme a été introduit pour la première fois en novembre 2003 et le deuxième a affirmé que le changement de politique a été communiqué pour la première fois aux prestataires de soins de santé en janvier 2004, ces deux dates étant largement ultérieures à la date de changement de politique sur le paludisme.

Le manque de clarté affiché par les décideurs clé dans la détermination de la date à laquelle le changement de politique sur le paludisme a été communiqué pour la première fois aux prestataires de soins de santé se reflète dans les réponses des prestataires lorsqu'on les a interrogés sur la date de changement de la politique (tableau 16). Sur les 20 prestataires interrogés, 18 ont affirmé que la politique de traitement du paludisme avait changé durant les 12 derniers mois. Parmi ceux-ci, seuls 2 sur 18 ont affirmé que le changement avait eu lieu en juin-juillet 2003, la date du changement de la politique nationale ; aucun des prestataires interrogés

n'a affirmé que le changement de politique ait eu lieu en Juin 2003. Seul 1 prestataire sur les 20 prestataires interviewés a affirmé qu'il n'y avait pas eu de changement dans la politique de traitement du paludisme lors des 12 mois précédents, et 1 prestataire sur 20 ne savait pas s'il y ait eu un tel changement.

Tableau 16. Les dates de changement de la politique nationale de traitement du paludisme dont se rappellent les prestataires

Date	Nombre de décideurs clé qui ont répondu	Nombre de prestataires qui ont répondu				Total
		District de RT		District de Touba		
		Urbain	Rural	Urbain	Rural	
Avr-03	1	—	—	—	—	—
Juin-03	—	—	—	1	—	1
Juil-03	1	—	—	1	—	1
Août-03	—	1	—	—	—	1
Oct-03	1	1	1	—	—	2
Dec-03	1	—	4	1	—	5
Jan-04	—	—	—	—	1	1
Fevr-04	1	—	—	—	2	2
Avr-04	—	—	—	—	2	2
Ne sait pas/N'a pas répondu	1	1	—	2	2	5
Total	6	3	5	5	7	20

Trois des quatre décideurs clé interviewés sur la communication concernant le changement de politique ont affirmé que des ateliers ont été organisés pour communiquer le changement de politique aux prestataires de soins de santé (tableau 17), cependant ces trois décideurs clé ont aussi affirmé qu'il n'y avait pas eu de sessions de formation pour préparer les prestataires de soins de santé au changement de politique.

Tableau 17. Stratégies de communication utilisées pour répandre le changement de politique

Stratégie	Proportion
Atelier	3/4
Directives de traitement	1/4
Supports/chartes	1/4
Mémo/directive	1/4
Sessions de formation	1/4

Seul un des quatre décideurs clé interviewés a affirmé que des sessions de formation avaient été organisées par le PNLP pour préparer les prestataires au changement de politique et que les

sessions de formation avaient été organisées pour la première fois en juillet–août 2003. Il a aussi affirmé que les sessions de formation avaient eu lieu dans les hôpitaux et pas dans les centres ou postes de santé.

Seuls 4 des 20 prestataires qui ont affirmé qu'ils avaient reçu une formation sur la prise en charge du paludisme durant les 12 mois précédant mai 2004 (tableau 11), ont probablement reçu une formation sur la nouvelle politique de traitement.

Connaissances sur le traitement recommandé aux adultes

En dépit du nombre limité de formations disponibles pour les prestataires pour les préparer au changement de politique de traitement et la disponibilité limitée des DST, la plupart des prestataires interviewés (15/20) savaient que la SP/AQ est actuellement recommandée pour le traitement des adultes qui sont atteints du paludisme simple (tableau 18). Sur les 20 prestataires, 3 ne savaient pas quel était le traitement recommandé du paludisme simple chez l'adulte.

Tableau 18. Connaissances des prestataires sur le traitement recommandé du paludisme chez les adultes

Traitement recommandé	District de RT		District de Touba		Total
	Urbain	Rural	Urbain	Rural	
SP/AQ	3	4	4	4	15
CQ/SP	0	0	0	1	1
SP	0	0	0	1	1
Ne sait pas	0	1	1	1	3
Total	3	5	5	7	20

Une proportion plus petite parmi les dispensateurs interviewés (6/13) savait que le traitement recommandé pour les adultes qui sont atteints du paludisme simple était la SP/AQ. Seuls 2 dispensateurs sur les 7 issus du district de Richard Toll ont affirmé que la SP/AQ était le traitement recommandé pour le traitement du paludisme simple chez l'adulte, comparé aux 4 dispensateurs sur 6 interviewés dans le district de Touba. Sur les 13 dispensateurs, 3 ne connaissaient pas le traitement recommandé (tableau 19).

Tableau 19. Connaissances des dispensateurs sur le traitement recommandé pour du paludisme chez les adultes

Traitement recommandé	District de RT		District de Touba		Total
	Urbain	Rural	Urbain	Rural	
SP/AQ	0	2	1	3	6
AQ	0	1	0	0	1
CQ	1	0	0	0	1
Combinaisons de quinine	1	1	0	0	2
Ne sait pas	0	1	1	1	3
Total	2	5	2	4	13

Lorsqu'ils ont été interrogés sur le traitement le plus efficace du paludisme chez l'adulte, 9 des 20 prestataires ont choisi l'association SP/AQ, alors que 2 sur 20 ont choisi le TCBA et 3 sur 20 ont affirmé qu'ils ne savaient pas. Sur les six décideurs clé (les MCD, les MCR et les PCD) auxquels on a posé la question, trois ont choisi l'association SP/AQ, deux ont choisi le TCBA et l'un a affirmé qu'il ne savait pas (tableau 20).

Tableau 20. Points de vue sur les médicaments les plus efficaces pour traiter le paludisme chez les adultes

Médicament le plus efficace	Prestataires	Décideurs clé
SP/AQ	9/20	3/6
CQ	1/20	—
TCBA	2/20	2/6
Ne sait pas	3/20	1/6

Connaissances sur le traitement recommandé chez les enfants

Seule la moitié des prestataires interviewés (10/20) savent que la SP/AQ était le traitement recommandé au Sénégal pour les enfants atteints du paludisme simple (tableau 21). Six des 8 prestataires interviewés à Richard-Toll savaient que la SP/AQ était le traitement recommandé, comparé à seulement 4 sur 12 prestataires interviewés à Touba. Sur les 20 prestataires, 8 ont affirmé qu'ils ne connaissaient pas le traitement recommandé.

Tableau 21. Connaissances des prestataires sur le traitement recommandé du paludisme chez les enfants

Traitement recommandé	District de RT		District de Touba		Total
	Urbain	Rural	Urbain	Rural	
SP/AQ	3	3	1	3	10
AQ sirop	0	0	0	2	2
Ne sait pas	0	2	4	2	8
Total	3	5	5	7	20

Une proportion plus petite de dispensateurs (3/13), tous travaillant dans les postes de santé ruraux, savaient que la SP/AQ était le traitement recommandé pour les enfants de moins de cinq ans atteints de paludisme simple. Une proportion plus grande (5/13) a affirmé que le sirop d'AQ était le médicament recommandé pour traiter les enfants atteints de paludisme simple. Sur les 13 dispensateurs interviewés, 2 ont affirmé qu'ils ne connaissent pas le médicament recommandé pour le traitement du paludisme chez l'enfant (tableau 22).

Tableau 22. Connaissances des dispensateurs sur le traitement recommandé du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans

Traitement recommandé	District de RT		District de Touba		Total
	Urbain	Rural	Urbain	Rural	
SP/AQ	0	2	0	1	3
AQ sirop	0	2	2	1	5
CQ	2	0	0	0	2
Combinaisons de quinine	0	0	0	1	1
Ne sait pas	0	1	0	1	2
Total	2	5	2	4	13

Utilisation de l'association SP/AQ pour traiter les femmes enceintes atteintes de paludisme

La plupart des prestataires et dispensateurs interviewés ne croyaient pas que la SP/AQ pouvait être utilisée chez la femme enceinte. Sur les 20 prestataires interviewés, 11 croyaient que l'association SP/AQ ne devait pas être utilisée chez la femme enceinte qui est atteinte de paludisme, à cause principalement des préoccupations qu'ils avaient sur la toxicité de l'AQ chez la femme enceinte. Huit sur 20 croyaient que l'association pouvait être utilisée chez la femme enceinte (tableau 23).

Tableau 23. Opinion des prestataires sur l'utilisation de la SP/AQ chez la femme enceinte

Réponse	District de RT		District de Touba		Total
	Urbain	Rural	Urbain	Rural	
Oui	1	1	2	4	8
Non	2	3	3	3	11
N'a pas répondu	0	1	0	0	1
Total	3	5	5	7	20

Une majorité de dispensateurs (7/13) ont aussi affirmé que l'association SP/AQ ne pouvait pas être utilisée chez la femme enceinte atteinte de paludisme (tableau 24).

Tableau 24. Opinion des dispensateurs sur l'utilisation de la SP/AQ chez la femme enceinte

Réponse	District de RT		District de Touba		Total
	Urbain	Rural	Urbain	Rural	
Oui	0	2	1	2	5
Non	1	3	1	2	7
Ne sait pas	1	0	0	0	1
Total	2	5	2	4	13

Préoccupations liées à l'utilisation de la SP/AQ

En dépit de la prise de conscience générale de la combinaison SP/AQ et de sa préférence chez les prestataires, 17 prestataires sur 20 ont affirmé qu'ils avaient encore des préoccupations sur l'utilisation de cette combinaison (tableau 25).

Tableau 25. Nombre de prestataires ayant des préoccupations sur l'utilisation de la SP/AQ

A des préoccupations	District de RT		District de Touba		Total
	Urbain	Rural	Urbain	Rural	
Oui	2	4	5	6	17
Non	1	1	0	1	3
Total	3	5	5	7	20

Sur les 17 prestataires interviewés qui ont affirmé avoir des préoccupations sur l'utilisation de la SP/AQ, 5 ont affirmé que leur préoccupation principale était les effets indésirables potentiels, 4 ont affirmé qu'ils avaient besoin de plus d'informations ou de formation sur la nouvelle combinaison, et 3 ont affirmé qu'ils étaient préoccupés par le fait que la SP/AQ pourrait ne pas être disponible dans les structures sanitaires.

Pratiques de prescription

Le diagnostic du paludisme dans toutes les structures sanitaire est basé de prime abord sur les symptômes cliniques. Seuls 8 des 20 prestataires interviewés ont affirmé qu'ils avaient utilisé des tests pour diagnostiquer le paludisme dans leurs structures cliniques (tableau 26). La méthode de diagnostic communément utilisée est le microscope, et les prix des tests varient de 500 FCFA à 2000 FCFA, avec un prix moyen de 1250 FCFA.

Sur les 12 prestataires interviewés dans le district de Touba, 7 ont affirmé qu'ils avaient utilisé les tests pour diagnostiquer le paludisme en plus de la détection des symptômes cliniques pour établir un diagnostic sur le paludisme. Sur ces 7, 4 travaillent dans la même structure de santé—le centre de santé—et c'était la seule structure de santé où tous les prestataires ont donné la même réponse à cette question. Les 3 prestataires restant travaillaient dans des postes de santé différents, et leurs réponses ne concordaient pas avec celles des autres prestataires interviewés dans les mêmes structures.

Tableau 26. Les méthodes utilisées pour diagnostiquer le paludisme selon les prestataires

Méthode	District de RT		District de Touba		Total
	CS	PSU/PSR	CS	PSU/PSR	
Symptômes cliniques seulement	1	6	0	5	12
Symptômes cliniques et tests de paludisme	1	0	4	3	8
Total	2	6	4	8	20

Seul 1 prestataire sur les 8 prestataires interviewés dans le district de Richard Toll a affirmé qu'il utilisait des tests pour détecter le paludisme en plus de la détection des symptômes cliniques pour diagnostiquer le paludisme. Cependant, cette affirmation a été contredite par celle des autres prestataires interviewés dans la même structure, qui ont affirmé qu'ils n'utilisaient que les symptômes cliniques pour diagnostiquer le paludisme.

Après que le diagnostic est établi, seuls 13 des 20 prestataires interviewés ont affirmé qu'ils prescrivent actuellement la combinaison SP/AQ chez les adultes atteints de paludisme simple tel que recommandé par les directives standardisées de traitement (tableau 27). Les directives sont plus respectées dans les centres de santé urbains où 7 des 8 prestataires ont affirmé qu'ils prescrivent la SP/AQ aux adultes atteints de paludisme. Seuls 6 des 12 prestataires basés dans les structures sanitaires rurales ont affirmé qu'ils respectent les directives de traitement.

Tableau 27. Les médicaments que les prestataires prescrivent actuellement aux adultes atteints de paludisme

Médicaments	District de RT		District de Touba		Total
	Urbain	Rural	Urbain	Rural	
SP/AQ	3	4	4	2	13
CQ	0	1	0	2	3
SP	0	0	0	1	1
Combinaisons de quinine	0	0	1	2	3
Total	3	5	5	7	20

Pour les besoins de cette analyse, on considère que toute personne interrogée qui a répondu que la dose correcte de SP pour un adulte était de trois comprimés en prise unique, a fourni la bonne dose de SP. Pour l'AQ, la dose correcte de l'adulte a été définie comme étant soit de trois comprimés par jour pendant trois jours ou 10 mg/kg par jour pendant trois jours. Sur les 13 prestataires qui ont affirmé qu'ils prescrivent actuellement l'association SP/AQ, 12 ont fourni la dose correcte de SP telle qu'elle a été définie et 10 ont donné la dose correcte d'AQ (tableau 28).

Tableau 28. Proportion de prestataires qui ont fourni des informations appropriées sur le dosage de la SP et de l'AQ

Médicament	District de RT		District de Touba		Total
	Urbain	Rural	Urbain	Rural	
SP	3/3	4/4	3/4	2/2	12/13
AQ	3/3	4/4	2/4	1/2	10/13

Les pratiques de prescription pour le paludisme chez l'enfant étaient plus problématiques. Moins de la moitié des prestataires (8/20) ont affirmé qu'ils prescrivent actuellement l'association SP/AQ chez l'enfant atteint de paludisme. La plupart étaient du district de Richard Toll, où 6 prestataires sur 8 affirmaient qu'ils prescrivait la combinaison SP/AQ chez l'enfant atteint de paludisme. Dans le district de Touba, la plupart des prestataires (6/12) ont affirmé qu'ils prescrivent actuellement le sirop d'AQ chez l'enfant atteint de paludisme. Seuls 2 des prestataires sur les 12 prestataires de ce district ont affirmé qu'ils prescrivent actuellement la SP/AQ chez l'enfant atteint de paludisme (tableau 29).

La plupart des prestataires qui ont affirmé qu'ils prescrivent la SP et l'AQ aux enfants de moins de cinq ans ont rapporté que les doses appropriées de ces médicaments étaient déterminées par le poids et pris en un et trois jours, respectivement. En l'absence d'informations supplémentaires, il était difficile dans cette analyse de conclure que les doses de ces médicaments prescrits aux enfants étaient correctes.

Tableau 29. Les médicaments que les prestataires prescrivent actuellement aux enfants atteints de paludisme

Médicament	District de RT		District de Touba		Total
	Urbain	Rural	Urbain	Rural	
SP/AQ	3	3	0	2	8
CQ	0	1	0	0	1
AQ sirop	0	1	3	3	7
Combinaisons de quinine	0	0	1	2	3
Ne sait pas	0	0	1	0	1
Total	3	5	5	7	20

Les conclusions sur les pratiques de prescription chez les adultes atteints de paludisme rapportées concordent avec celles sur la disponibilité et l'utilisation des directives de traitements et les conclusions sur les connaissances des prestataires sur les directives de traitement. Là où les DST étaient disponibles, il y avait plus de prestataires qui connaissaient les traitements recommandés et ils affirmaient qu'ils utilisaient les directives pour prescrire un traitement destiné à leurs patients atteints de paludisme.

Résultats de l'observation des interactions patient- prestataire

Observations sur les antipaludiques prescrits

Dans les deux districts, un total de 50 interactions a été observé entre les patients et les prestataires au cours desquels un antipaludique a été prescrit ; 45 pour cent de ces interactions ont été effectuées à Richard-Toll et 53 pour cent à Touba. Cinquante-six pour cent des interactions ont été effectuées dans les structures sanitaires basées dans les zones urbaines (tableau 30).

Tableau 30. Nombre d'interactions patient-prestataire observées pendant la prescription d'un antipaludique

District	Urbain	Rural	Total
RT	15	10	25
TB	17	14	31
Tous les deux	32	24	56

Seuls 63 pour cent des 56 patients ont reçu l'association SP/AQ. Dans le district de Richard Toll, parmi les patients qui ont reçu des antipaludiques, la plus grande proportion présente dans les structures sanitaires rurales (90 pour cent) ont reçu l'association SP/AQ ; dans les structures sanitaires urbaines, seuls 40 pour cent des patients observés qui ont reçu des antipaludiques ont reçu l'association (tableau 31). La plupart des patients dans les structures sanitaires urbaines dans

le district (9/15) ont reçu la mono thérapie de SP, AQ ou artemether (ATM), avec une majorité d'entre eux (7/15) recevant un traitement de mono thérapie AQ.

Dans le district de Touba, la tendance inverse a été notée. L'application de l'association SP/AQ a été plus suivie dans les structures sanitaires urbaines que dans les structures sanitaires rurales. Parmi les patients qui ont reçu des antipaludiques dans les structures sanitaires urbaines, 71 pour cent ont reçu l'association, alors que 57 pour cent des patients l'ont reçu dans les structures sanitaires rurales. Quarante trois pour cent des patients dans les structures sanitaires rurales de Touba ont reçu la mono thérapie de SP, AQ, CQ ou ATM.

Tableau 31. Pourcentage de patients recevant un antipaludique auxquels on a prescrit une association SP/AQ

District	Urbain	Rural	Total
RT	40%	90%	60%
Touba	71%	57%	65%
Tous les deux	56%	71%	63%

Observation de la qualité des informations sur les antipaludiques fournis par les prestataires aux patients ou aux soignants

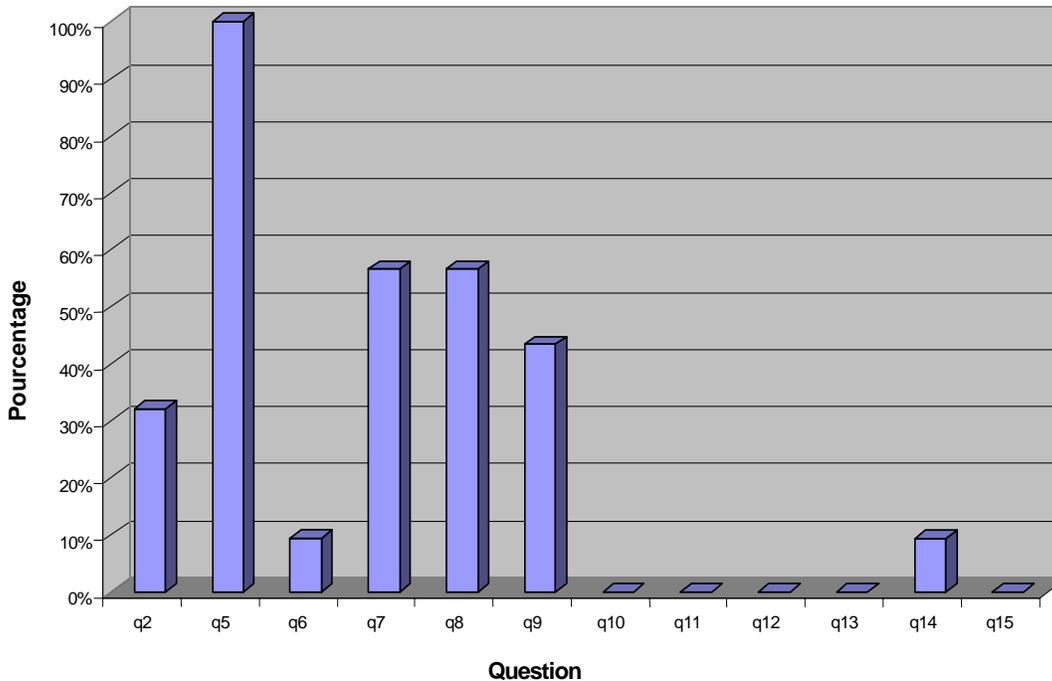
Afin de promouvoir l'utilisation appropriée des antipaludiques, les patients doivent connaître le nom des médicaments prescrits, comment et quand prendre chacun de ces médicaments, ce qu'ils/elles doivent faire si leur état ne s'améliore pas après le traitement, et quels sont les effets secondaires potentiels associés à ces médicaments. Ces questions ont été analysées durant l'évaluation en observant l'interaction entre le patient et le prestataire. Les points d'observation principaux qui ont été notés durant l'interaction patient-prestataire sont résumés dans le tableau 32.

Tableau 32. Clé pour les figures 6 et 7 : Points d'observation pour l'interaction entre le patient et le prestataire

Clé	Point d'observation
Q2	Le prestataire mentionne le nom du médicament .
Q5	Le prestataire donne une prescription au client.
Q6	Le prestataire donne l' indication du médicament
Q7	Le prestataire indique au client quand est ce qu'il doit prendre chaque dose .
Q8	Le prestataire explique combien de fois le médicament doit être pris, quand et combien en prendre
Q9	Le prestataire indique au client combien de comprimés il devrait acheter.
Q10	Le prestataire informe le client sur certains effets secondaires .
Q11	Le prestataire spécifie les effets secondaires .
Q12	Le prestataire indique que le médicament est sûr . Le prestataire demande au client de répéter le nombre de fois au cours desquels il doit prendre le
Q13	médicament/ les instructions sur la prise de médicaments.
Q14	Le prestataire indique au client ce qu'il/elle doit faire si elle ne se sent pas mieux .
Q15	Le prestataire demande au client s'il/elle a des questions .

Au total, 95 antipaludiques ont été prescrits lors des interactions patient-prestataire qui ont été observées. Cette analyse a été menée en fonction des informations fournies par chacun des points d'observation pour chaque antipaludique prescrit—par exemple, si le patient a reçu à la fois de la SP et de l'AQ, la qualité des informations fournies pour chaque médicament a été analysée séparément. Pour chaque point d'observation « Oui » a été validé si l'action du prestataire correspondait à l'action citée, et « Non » si elle ne correspondait pas. Les résultats de l'analyse sont résumés dans la figure 6 pour le district de Richard Toll et dans la figure 7 pour le district de Touba.

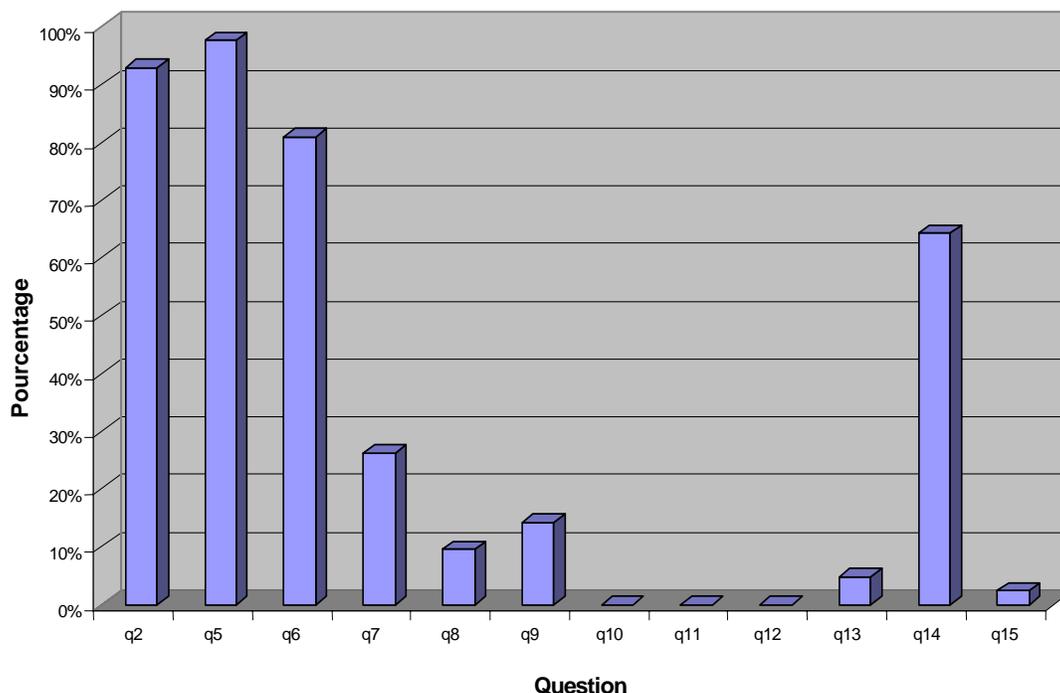
Dans le district de Richard Toll (figure 6), un total de 53 antipaludiques a été prescrit lors des 25 interactions patient- prestataire observées. Lors de ces interactions, tous les patients ont reçu une prescription. Le prestataire n'a mentionné le nom du médicament que pour seulement 17 sur 53 (32 pour cent) antipaludiques prescrits et le prestataire n'a expliqué au patient l'indication du médicament que dans 5 cas sur 53 (9,4 pour cent). Le prestataire a expliqué complètement comment prendre les médicaments pour 30 antipaludiques sur 53 (57 pour cent), bien qu'aucun des prestataires n'ait demandé au patient de répéter les informations données et qu'aucun des prestataires n'ait demandé au patient s'il avait des questions à la fin de la consultation. Aucun des prestataires n'a fourni des informations sur les effets indésirables potentiels associés aux antipaludiques prescrits, et ce n'est que dans 5 cas sur 53 (9,4 pour cent) que le patient a reçu des informations sur ce qu'il/elle devait faire s'il/elle ne se sentait pas mieux après l'utilisation des médicaments prescrits.



Note: Voir tableau 32 pour le texte des questions.

Figure 6. Résultats de l'observation de l'interaction patient-prestataire dans le district de Richard Toll

Dans le district de Touba (figure 7), un total de 42 antipaludiques a été prescrit lors des 31 interactions patient-prestataire observées. Lors de ces interactions, presque tous les patients ont reçu une prescription. Le prestataire a mentionné le nom du médicament pour presque tous les antipaludiques prescrits (39 sur 42 soit 93 pour cent) et a discuté de l'indication des antipaludiques prescrits dans une moindre mesure (34 sur 42 soit 81 pour cent). Cependant, le prestataire a complètement expliqué comment prendre les médicaments prescrits pour seulement 4 antipaludiques sur 42 (9,5 pour cent), seuls 2 prestataires sur 42 (4,8 pour cent) ont demandé au patient de répéter des instructions reçues, et seul 1 prestataire sur 42 (2,4 pour cent) a demandé si le patient avait des questions à la fin de la consultation. Aucun des prestataires n'a fourni des informations sur les effets indésirables potentiels associés aux antipaludiques prescrits, mais dans 27 interactions sur 42 (64 pour cent) le patient a été informé de ce qu'il/elle devait faire s'il/elle ne se sentait pas mieux après avoir utilisé les médicaments prescrits.



Note: Voir tableau 32 pour le texte des questions.

Figure 7. Résultats de l'observation des interactions patient-prestataire dans le district de Touba

Tendances dans la prescription d'antipaludiques de mai 2003 à avril 2004

Une analyse rétrospective des registres de consultations générales des patients atteints de paludisme simple a été effectuée pour comprendre les tendances dans la prescription d'antipaludiques dans les deux districts durant l'année précédente. L'équipe a passé en revue 719 enregistrements de patients dont 353 dans le district de Richard Toll et 366 dans le district de Touba. Les résultats de l'analyse des registres de consultations passés en revue à Richard-Toll sont résumés dans la figure 8, et les résultats pour le district de Touba sont résumés dans la figure 9.

En partant de la revue des registres de consultations générales, il apparaît que jusqu'à octobre 2003, la plupart des patients de Richard-Toll recevaient des prescriptions de CQ et nul ne recevait l'association SP/AQ. Les prescriptions de SP/AQ ont commencé en novembre 2003, et à partir d'avril 2004 la plupart des prescriptions (57 pour cent) étaient une association SP/AQ (figure 8). Cette tendance, bien que contraire aux rapports anecdotiques sur l'utilisation de SP/AQ dans le district, reflète les tendances de la disponibilité de la SP et de l'AQ dans les structures rurales de ce district. Comme il a été démontré graphiquement dans la figure 9, l'AQ n'était disponible dans aucune des structures sanitaires qui ont fait l'objet de l'enquête jusqu'en novembre 2003, date à laquelle les prescriptions pour l'association SP/AQ ont débuté. La disponibilité de la SP, bien qu'effective dans certaines structures sanitaires à partir de mai 2003,

s'est aussi améliorée en novembre 2003. Les prescriptions de CQ dans le district étaient de zéro pour cent en janvier 2004 et aucune prescription de CQ n'a été trouvée pour les mois suivants (figure 8).

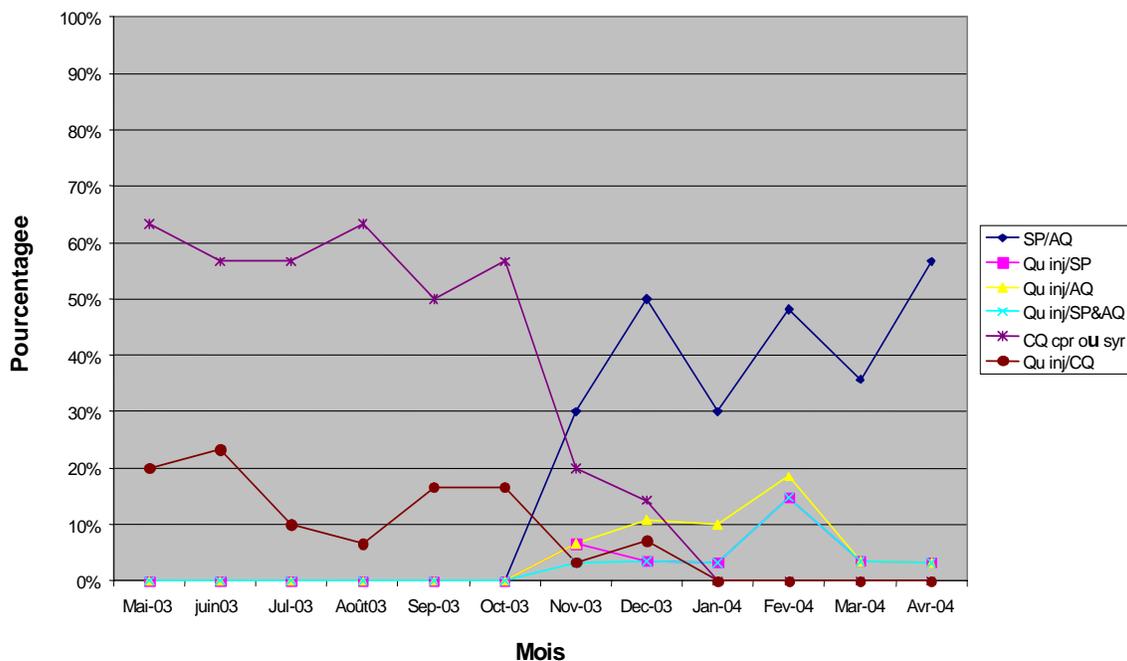


Figure 8. Antipaludiques prescrits dans le district de RT, mai 2003–avril 2004

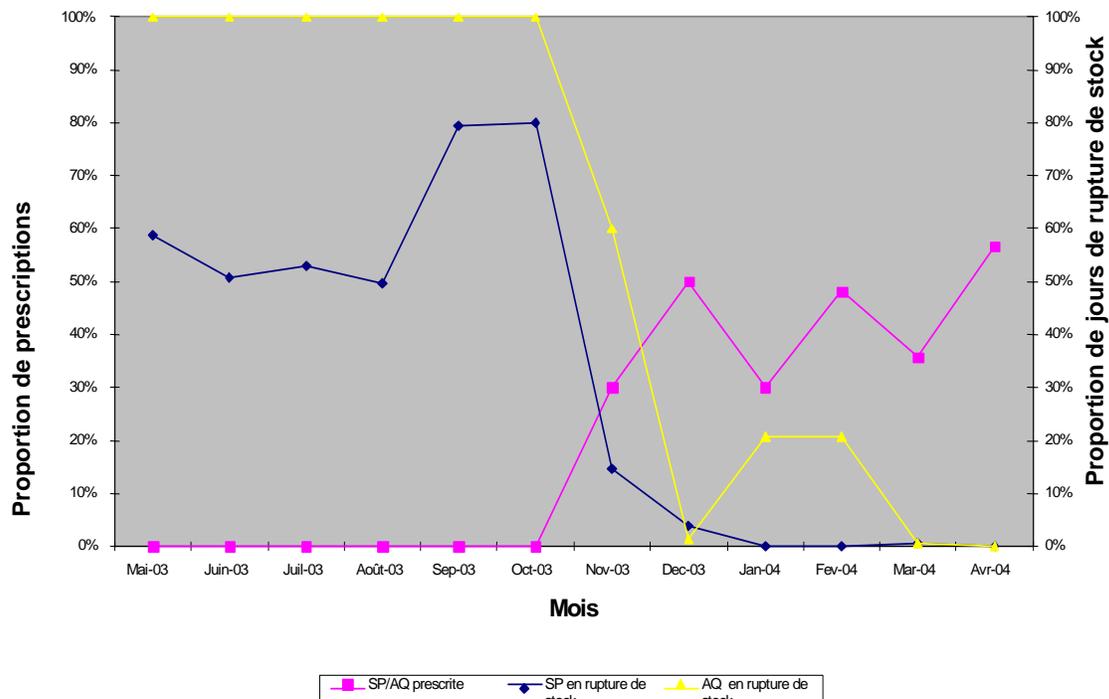


Figure 9. Prescriptions de l'association SP/AQ comparées à la disponibilité de la SP et de l'AQ dans le district de Richard Toll

Une tendance différente a été notée lorsque les registres de consultations générales pour le district de Touba ont été analysés. Conformément aux rapports anecdotiques, des patients recevaient l'association SP/AQ avant le changement de la politique nationale intervenue à la fin de juin 2003. Parmi les patients consultés en mai 2003, 3 pour cent recevaient des prescriptions de SP/AQ et le nombre de prescriptions pour l'association a augmenté graduellement lors des 12 mois suivants. En dépit de ce début précoce dans l'utilisation de l'association, avant mars 2004 la plupart des prescriptions ne concernaient pas l'association SP/AQ (figure 10).

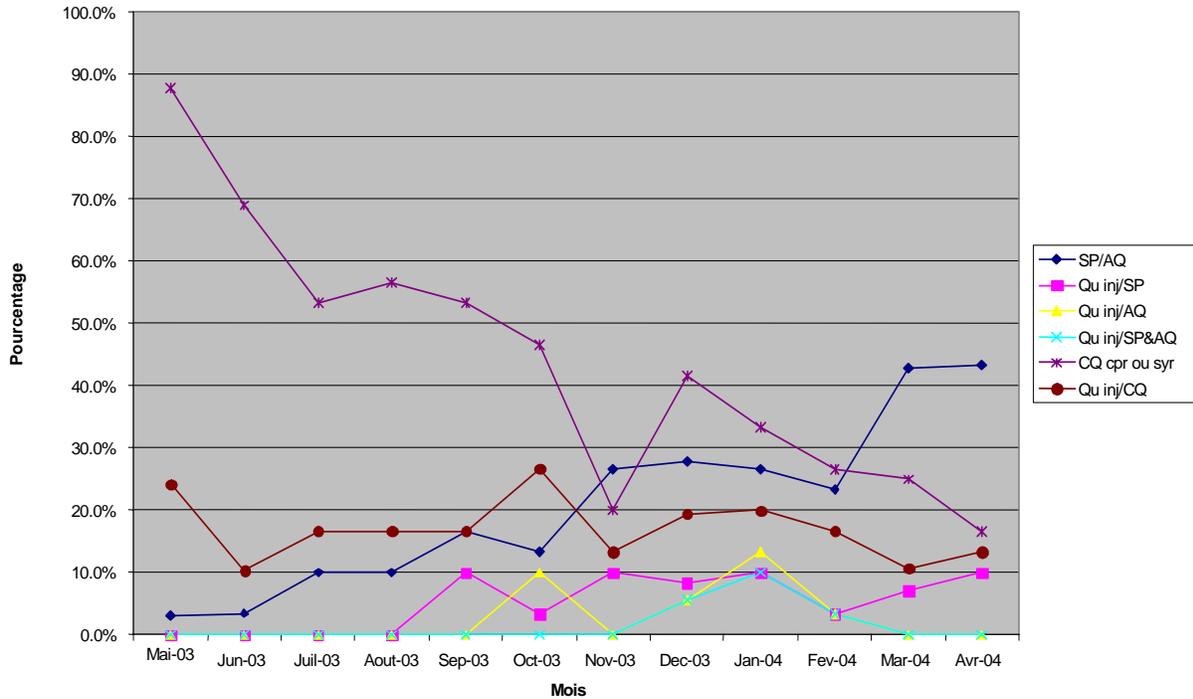


Figure 10. Antipaludiques prescrits dans le district de Touba, mai 2003–avril 2004

Avant avril 2004, seuls 43 pour cent des prescriptions étaient composées de l'association dans le district de Touba. Dans ce district aussi, les prescriptions de SP/AQ ont augmenté en même temps que la disponibilité de la SP et de l'AQ dans les centres de santé s'améliorait (figure 11). Les prescriptions de CQ dans ce district n'étaient pas terminées avant avril 2004, date à laquelle 17 pour cent des prescriptions dans les dossiers passés en revue étaient composées de la monothérapie CQ. Les prescriptions dans ce district, telles que nous l'avons noté dans les dossiers passés en revue, ne semblent pas être liées à la disponibilité des antipaludiques dans ce district (figure 10).

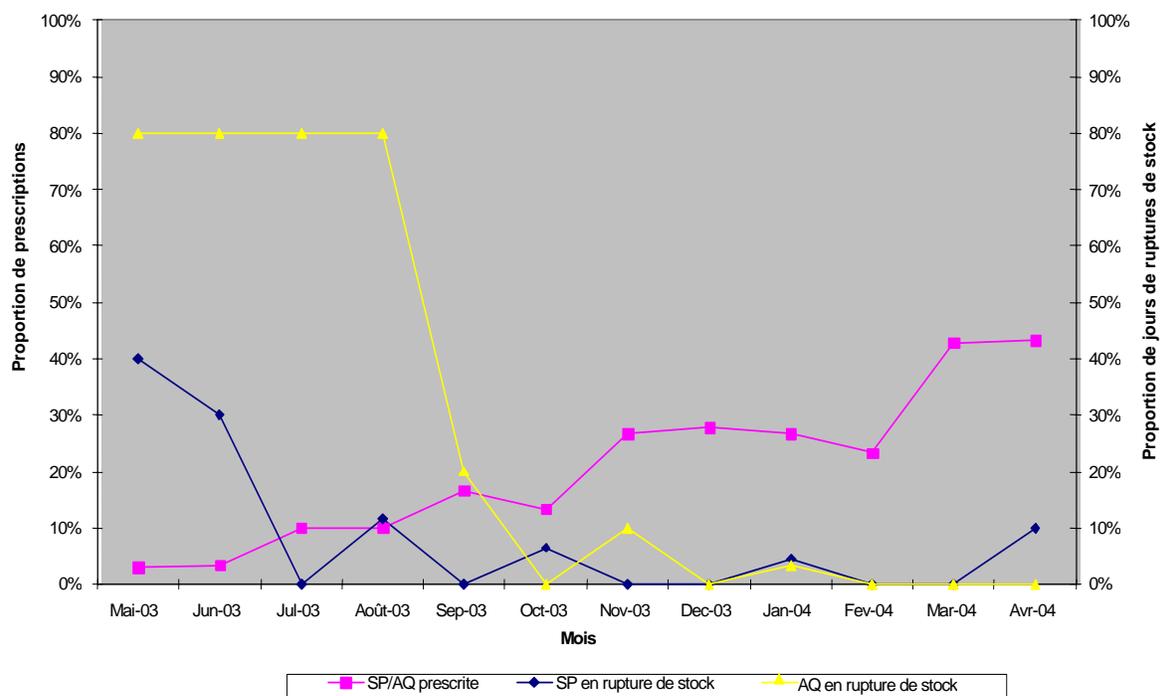


Figure 11. Prescriptions de l'association SP/AQ comparées à la disponibilité de SP et de AQ dans le district de Touba

Pratiques de dispensation

Seuls 5 des 15 dispensateurs interviewés ont rapporté que l'association SP/AQ était les médicaments antipaludiques les plus dispensés dans leurs structures sanitaires (tableau 33). Cette proportion est plus faible que celle des prestataires qui ont rapporté qu'ils prescrivait actuellement l'association, comme nous l'avons décrit ci-dessus.

Tableau 33. Les médicaments antipaludiques les plus fréquemment dispensés chez les adultes selon les dispensateurs

Médicament	District de RT		District de Touba		Total
	Urbain	Rural	Urbain	Rural	
SP/AQ	0	2	1	2	5
AQ	0	2	0	0	2
SP	0	0	1	1	2
Quinine	2	0	1	2	5
Ne sait pas	0	1	0	0	1
Total	2	5	3	5	15

Tout comme les pratiques de prescription rapportées par les prestataires, la plupart des dispensateurs (9/14) ont affirmé que le médicament le plus fréquemment dispensé aux enfants atteints de paludisme était le sirop d'AQ (tableau 34). Seuls 2 dispensateurs sur 14 ont affirmé que l'association SP/AQ était plus fréquemment utilisée chez l'enfant atteint de paludisme.

Tableau 34. Les médicaments antipaludiques les plus fréquemment dispensés aux enfants selon les dispensateurs

Médicament	District de RT		District de Touba		Total
	Urbain	Rural	Urbain	Rural	
SP/AQ	0	1	0	1	2
AQ sirop	1	3	2	3	9
CQ sirop	1	0	0	1	2
Ne sait pas	0	1	0	0	1
Total	2	5	2	5	14

La plupart des dispensateurs interviewés (10/13) affirment qu'ils reconditionnent les médicaments qu'ils dispensent dans des sacs plastiques en vrac. Seuls 3 dispensateurs sur 13 travaillant tous dans les structures sanitaires du district de Touba, ont affirmé qu'ils dispensent les médicaments dans leur conditionnement original (tableau 35).

Tableau 35. Conditionnement utilisé pour les médicaments dispensés

Conditionnement	District de RT		District de Touba		Total
	Urbain	Rural	Urbain	Rural	
Dans le conditionnement original	0	0	1	2	3
Dans un sac plastique	2	5	1	2	10
Total	2	5	2	4	13

Seuls 2 dispensateurs sur 13 interviewés ont affirmé qu'ils incluent le nom du médicament, sa posologie, et la durée du traitement sur les conditionnements qu'ils utilisent pour la dispensation (tableau 36). La majorité (8/13) a affirmé n'inclure qu'un seul élément parmi les trois sur les conditionnements utilisés pour la dispensation.

Tableau 36. Rapport des dispensateurs au sujet des informations mentionnées sur les étiquettes des conditionnements destinés à la dispensation

Informations inscrites sur les étiquettes	District de RT		District de Touba		Total
	Urbain	Rural	Urbain	Rural	
Nom du médicament; posologie; durée du traitement	1	0	0	1	2
Nom du médicament seulement	0	0	2	1	3
Posologie seulement	0	4	0	0	4
Posologie et durée du traitement	0	0	0	1	1
Ne sait pas/Rien	1	1	0	1	3
Total	2	5	2	4	13

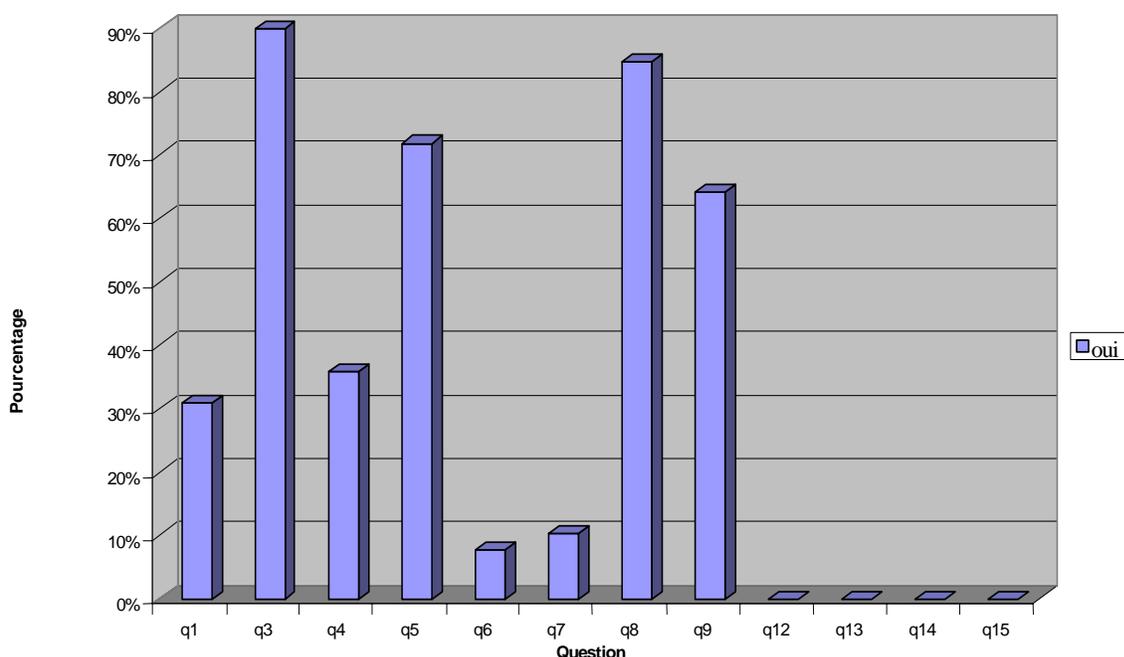
Résultats de l'observation des interactions patient-dispensateur

Seules 75 prescriptions sur les 95 (79 pour cent) prescriptions d'antipaludiques ont été achetées dans les dépôts des centres de santé par les patients avant de quitter la structure. Les interactions patient-dispensateur ont été observées pour évaluer la qualité des informations que les dispensateurs fournissent aux patients pour les assister de manière appropriée dans l'utilisation des antipaludiques prescrits. L'analyse a été faite selon les informations fournies sur chacun des points principaux d'observation de chaque antipaludique dispensé. Par exemple, si le patient a reçu à la fois de la SP et de l'AQ, la qualité des informations fournies pour chaque médicament a été analysée séparément. Pour chaque point d'observation, « Oui » a été validé si l'action du dispensateur était conforme à l'action citée, et « Non » si elle n'était pas conforme. Les principaux points d'observation sont cités dans le tableau 37. Les résultats de l'analyse sont résumés dans la figure 12 pour le district de Richard Toll et dans la figure 13 pour le district de Touba.

Tableau 37. Clé pour les figures 12 et 13 : Points d'observation principaux pour l'interaction dispensateur-patient

Clé	Point d'observation
q1	Le dispensateur mentionne le nom du médicament .
q3	Le dispensateur indique au client(e) combien de comprimés il/elle devrait acheter.
q4	Le dispensateur ne vend qu'une partie des médicaments prescrits au client(e).
q5	Le dispensateur vend tous les médicaments prescrits au client(e)
q6	Le dispensateur dit que le médicament prescrit n'est pas disponible .
q7	Le dispensateur informe le patient sur l'indication du médicament .
q8	Le dispensateur informe le client sur l'heure à laquelle il doit prendre le médicament.
q9	Le dispensateur explique complètement au client quelle dose et à quelle fréquence prendre le médicament.
q12	Le dispensateur spécifie les effets secondaires du médicament.
q13	Le dispensateur mentionne que le médicament est sûr .
q14	Le dispensateur demande au client s'il /elle a des questions .
q15	Le dispensateur demande au client de répéter le nombre de fois au cours duquel il/elle devrait prendre le médicament/instructions pour la prise de médicaments.

Dans le district de Richard Toll (figure 12), un total de 39 antipaludiques a été dispensé aux patients dont les interactions ont été observées. Le dispensateur a mentionné le nom du médicament pour seulement 12 antipaludiques sur 39 (31 pour cent) dispensés et a indiqué combien de comprimés le patient devait acheter pour la majorité (35 sur 39, ou 90 pour cent) des antipaludiques dispensés. Le dispensateur a vendu au client tous les médicaments prescrits pour 28 antipaludiques sur 39 (72 pour cent), et il a indiqué que seuls 3 antipaludiques sur 39 (7,7 pour cent) n'étaient pas disponibles à cette période. Le dispensateur a expliqué complètement le mode d'emploi pour 25 antipaludiques sur 39 (64 pour cent) dispensés, bien que le dispensateur n'ait demandé aux clients de répéter les instructions fournies que pour 16 antipaludiques sur 39 (41 pour cent). Aucun des dispensateurs n'a fourni des informations sur les effets indésirables potentiels associés aux antipaludiques dispensés.

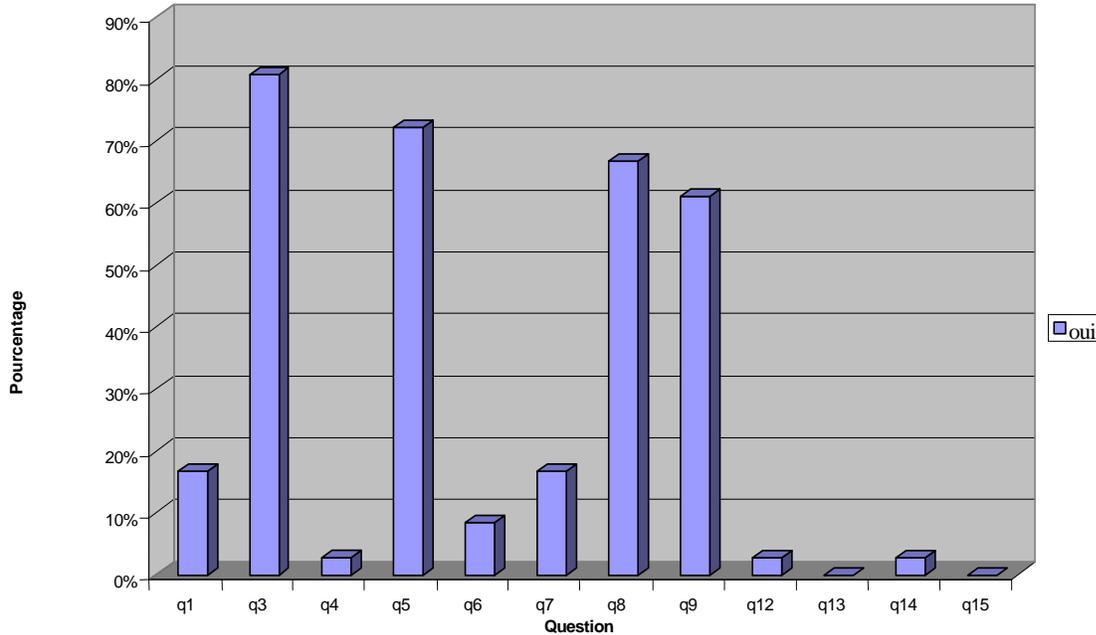


Note: Voir tableau 37 pour le texte des questions.

Figure 12. Résultats de l'interaction patient-pharmacieur dans le district de Richard Toll

Dans le district de Touba (figure 13), un total de 36 antipaludiques a été dispensé aux patients dont nous avons observé les interactions. Le dispensateur a mentionné le nom du médicament, indiqué combien de comprimés le patient(e) devait prendre pour la majorité (29 sur 36, ou 81 pour cent) des antipaludiques dispensés. Le dispensateur a vendu aux clients tous les médicaments prescrits pour 26 antipaludiques sur 36 (72 pour cent) et il a indiqué que seuls 3 antipaludiques sur 36 (8,3 pour cent) n'étaient pas disponibles à cette période. Le dispensateur a expliqué la posologie pour 22 antipaludiques sur 36 dispensés (61 pour cent), bien que le dispensateur n'ait demandé au client de répéter les instructions fournies que pour 3

antipaludiques sur 36 (8,3 pour cent). Le dispensateur n'a fourni des informations sur les effets indésirables associés au médicament que pour 1 antipaludique sur 36 dispensés (2,8 pour cent).



Note: Voir tableau 37 pour le texte des questions.

Figure 13. Résultats de l'interaction patient-dispensateur dans le district de Touba

Connaissances du patient et utilisation anticipée du médicament prescrit

Les patients dont les interactions avec les dispensateurs ont été observées ont aussi été interviewés au moment de quitter la structure de santé. Le but de ces interviews était d'évaluer les connaissances des patients sur les médicaments qui leur avaient été prescrits et dans certains cas dispensés, pour avoir une idée de l'utilisation appropriée des médicaments par les patients. Seuls 49 patients sur 56 dont les interactions avec le prestataire ont été observées ont été interviewés à la sortie de la structure de santé. Les patients avaient reçu 83 des 95 antipaludiques prescrits (tableau 38).

Tableau 38. Nombre d'antipaludiques reçus par patient interviewé, par district et par cadre

District	Urbain	Rural	Total
RT	23	17	40
Touba	21	22	43
Tous les deux	44	39	83

Parmi tous les antipaludiques prescrits aux patients interviewés, les patients n'ont pu en citer correctement que 17 sur 83. Tous les patients qui ont cité correctement les noms des médicaments ont été interviewés dans le district de Touba. Aucun des patients interviewés dans le district de Richard Toll ne pouvait citer le nom des antipaludiques qu'ils avaient reçus ou qu'on leur avait prescrits (tableau 39).

Tableau 39. Nombre de fois au cours duquel l'antipaludique prescrit est correctement cité par le patient

District	Urbain	Rural	Total
RT	0	0	0
Touba	9	8	17
Tous les deux	9	8	17

Pour les cas où le patient citait correctement le nom de l'antipaludique prescrit, la plupart des patients (11/17) ont affirmé que le prestataire de soins de santé au niveau de la structure avait volontairement fourni des informations ou qu'ils lui avaient demandé des informations (tableau 40). Dans 2 cas sur 17, les patients ont rapporté qu'ils connaissaient le nom du médicament puisqu'ils vendaient les médicaments. Étant donné que c'est une interview structurée et qu'il n'y avait pas de question de suivi, nous n'avons pas pu savoir si les individus qui ont affirmé qu'ils vendaient le médicament étaient des vendeurs informels ou formels.

Tableau 40. Sources d'informations des patients sur le nom de l'antipaludique prescrit

Réponse	District de RT		District de Touba		Total
	Urbain	Rural	Urbain	Rural	
A demandé le nom du médicament	0	0	2	0	2
Prestataire de soins de santé m'a dit	0	1	4	4	9
Je connais le médicament	1	0	0	3	4
Je vends le médicament	0	0	2	0	2
Total	1	1	8	7	17

La plupart des patients interviewés avaient déjà acheté le médicament au dépôt. Seuls 25 des 83 antipaludiques prescrits n'ont pas été achetés par les patients qui ont été interviewés avant de quitter la structure de santé. Sur les 25 prescriptions non achetées, 17 avaient été faites dans le district de Touba et 8 dans le district de Richard Toll.

Pour la plupart des prescriptions non achetées (13/25), les patients ont affirmé qu'ils avaient l'intention de les acheter dans la même structure. Seules 4 prescriptions sur 25 devaient être achetées dans une pharmacie privée. Les patients ont affirmé qu'ils ne savaient pas là où ils achèteraient les médicaments pour seulement 3 prescriptions non achetées sur 25 (tableau 41).

Tableau 41. Sites indiqués pour l'achat des prescriptions restant

Site	District de RT		District de Touba		Total
	Urbain	Rural	Urbain	Rural	
Cette structure	4	1	0	8	13
Une autre structure de santé du gouvernement	1	0	0	0	1
Pharmacie privée	2	0	2	0	4
Magasin	0	0	2	0	2
Marché	0	0	2	0	2
Ne sait pas	0	1	2	0	3
Total	7	2	8	8	25

Les patients ont affirmé que 14 prescriptions non achetées sur 25 antipaludiques devaient être achetées le même jour, et 8 autres devaient l'être le jour suivant. Les patients ont affirmé qu'ils ne savaient pas s'ils achèteraient les médicaments pour 3 prescriptions non achetées sur 25 (tableau 42).

Tableau 42. Dates indiquées pour l'achat de prescriptions restant

Date	District de RT		District de Touba		Total
	Urbain	Rural	Urbain	Rural	
Aujourd'hui	3	1	8	2	14
Demain	4	0	0	4	8
Ne sait pas	0	1	0	2	3
Total	7	2	8	8	25

Sur les prescriptions d'antipaludiques qui avaient été achetées, seules 23 sur 51 comportaient une étiquette sur le paquet utilisé pour dispenser les médicaments. Toutes les prescriptions qui ont été achetées dans le district de Touba comportaient une étiquette sur le paquet utilisé pour dispenser le médicament, alors que seule 1 prescription sur 29 achetées à Richard-Toll comportait une étiquette (tableau 43).

Tableau 43. Nombre de paquets de dispensation qui ont été étiquetés

District	Urbain	Rural	Total
RT	1	0	1/29
Touba	10	12	22/22
Tous les deux	11	12	23/51

Peu de patients interviewés ont pu identifier correctement l'indication des antipaludiques qu'on leur avait prescrit. Seules 18 prescriptions d'antipaludiques sur 83 ont été identifiées correctement comme étant utilisées pour "traiter le paludisme" (tableau 44). Les patients ont affirmé qu'ils ne connaissaient pas l'indication des antipaludiques prescrits dans 57 cas sur 83. Le reste des patients a affirmé que les antipaludiques étaient utilisés pour "traiter les maux de tête", "traiter la fièvre", ou "traiter les malades".

Tableau 44. Nombre d'antipaludiques identifiés correctement comme étant utilisés dans le traitement du paludisme

District	Urbain	Rural	Total
RT	6	3	9
Touba	2	7	9
Tous les deux	8	10	18

La compréhension que les patients ont de la manière d'utiliser les antipaludiques a été évaluée en leur posant les trois questions suivantes pour chaque médicament qui leur est prescrit—

- Combien de fois par jour devez-vous prendre le médicament ?
- Combien de comprimés ou de cuillerées de sirop devez-vous prendre ou donner par jour ?
- Pendant combien de temps devez-vous prendre le médicament ?

La plupart des patients ont fourni au moins une réponse correcte à ces questions, bien que quelques uns ne savaient pas comment utiliser le médicament.

À Richard-Toll, pour 10 antipaludiques prescrits sur 40, les patients ont répondu qu'"ils ne savaient pas" à au moins une de ces questions (tableau 45), y compris les 8 prescriptions sur 40 dont les patients de ce district ont répondu qu'"ils ne savaient pas" à toutes les trois questions.

Tableau 45. Nombre d'antipaludiques pour lequel les patients n'avaient pas d'informations sur la prise de médicaments

District	Urbain	Rural	Total
RT	5	5	10
Touba	13	12	25
Tous les deux	18	17	35

À Touba, une proportion légèrement plus élevée (25/41) a répondu qu'“ils ne savaient pas” à au moins une de ces questions (tableau 45), y compris 14 patients dans ce district qui ont répondu “qu'ils ne savaient pas” à toutes les trois questions.

Les patients ont affirmé qu'ils avaient reçu des informations sur la prise des antipaludiques prescrits grâce au prestataire, au dispensateur ou grâce aux deux. Pour 16 antipaludiques prescrits sur 73, seul le prestataire a fourni des informations sur la prise du médicament. Pour 15 antipaludiques, le prestataire et le dispensateur ont tous les deux fourni des informations. Selon les patients, pour 26 prestataires sur 73, seul le dispensateur a fourni les informations requises (tableau 46).

Tableau 46. Sources d'informations sur la prise des antipaludiques prescrits selon les patients

Source	District de RT		District de Touba		Total
	Urbain	Rural	Urbain	Rural	
Prestataire de la clinique	5	2	4	5	16
Dispensateur de la clinique	2	10	8	6	26
Prestataire et dispensateur	10	0	0	5	15
Prestataire et ne sait pas comment prendre le médicament	1	0	0	0	1
Personne et ne sait pas comment prendre le médicament	3	0	1	0	4
Ne sait pas comment prendre le médicament	1	2	5	3	11
Total	22	14	18	19	73

Comme nous l'avons dit précédemment, la plupart des patients ont reçu des prescriptions pour la SP et l'AQ. Cependant, lorsqu'ils ont été interrogés, seuls 3 patients sur 49 ont affirmé qu'ils avaient entendu parler de l'utilisation de l'association SP/AQ pour traiter le paludisme (tableau 47).

Tableau 47. Proportion de patients qui ont affirmé avoir entendu parler de l'association SP/AQ

District	Urbain	Rural	Total
RT	0/12	1/9	1/21
Touba	1/15	1/13	2/28
Tous les deux	1/27	2/22	3/49

RÉSUMÉ DES PRINCIPALES CONCLUSIONS ET IMPLICATIONS POUR L'APPLICATION DE LA POLITIQUE DU TCBA

Commentaires généraux sur l'application de la politique SP/AQ

Résumé des principales conclusions

L'application de la politique SP/AQ dans les districts de Richard Toll et Touba a donné des résultats différents pendant la période de 12 mois qui a débuté en avril 2003. Cependant, depuis mai 2004, 60 pour cent des ordonnances prescrites pour le paludisme simple étaient composées de l'association SP/AQ.

Un des principaux défis de l'application de la politique était l'absence d'un plan formel de mise en œuvre dans les deux districts, y compris la manière dont elle devait être introduite progressivement, comme l'a démontré la confusion des principaux décideurs et prestataires de soins de santé interviewés lorsqu'on leur a demandé quand la politique a été modifiée et quand l'application de la politique dans leurs structures sanitaires a eu lieu.

Implications de l'application de la politique du traitement TCBA

- Lorsqu'un TCBA a été choisi, il faut mettre en place un plan d'application du TCBA qui comporte les composantes citées à la figure 1 et comprenant également les directives et le calendrier pour l'application progressive de la politique dans chaque région.
- Tous les décideurs clé des régions et districts doivent être informés du plan d'application parce qu'ils sont les responsables, au bout du compte, de l'application de la politique dans leurs régions et districts respectifs.

La SP et l'AQ sont-ils disponibles systématiquement et en quantité suffisante?

Les problèmes relatifs à la disponibilité des médicaments peuvent résulter des problèmes de quantification, d'approvisionnement, de distribution ou aux pratiques de gestion du stock (ou une combinaison de ces facteurs) à différents niveaux du système sanitaire. Sachant que cette appréciation n'est pas basée sur une évaluation de la qualité des stratégies d'approvisionnement et de distribution utilisées, il est impossible de tirer une conclusion sur leur impact sur l'un des problèmes de disponibilité identifiés.

Résumé des principales conclusions

La tenue de registres de gestion du stock était insuffisante et on ne sait pas quelles données ont servies à quantifier les antipaludiques à commander pour chacune des structures.

Gestion du stock de CQ—

- Avec la modification de la politique SP/AQ, un plan pour retirer progressivement les stocks de CQ était nécessaire. Il n'y avait aucune preuve de l'existence d'un tel plan. La CQ était toujours largement disponible dans plusieurs structures sanitaires malgré la diminution de l'utilisation de ce médicament. Certaines structures sanitaires avaient en stock d'importantes quantités de CQ au moment de l'évaluation et l'insuffisance des méthodes de gestion du stock traduisait la difficulté à établir que les stocks étaient arrivés à terme.

Gestion de l'approvisionnement en SP et AQ pour leur utilisation dans la nouvelle politique de traitement —

- La disponibilité de la SP et de l'AQ, comme nous l'avons vu à partir de l'analyse rétrospective des données sur les ruptures de stock, était un des principaux éléments déterminants permettant de savoir si la plupart des prestataires prescrivaient ou administraient l'association ou non. La SP et l'AQ n'étaient systématiquement disponibles dans la plupart des structures sanitaires qui ont fait l'objet de l'enquête du district de Richard Toll que depuis mars 2004. Les médicaments étaient pratiquement régulièrement disponibles dans le district de Touba depuis octobre 2003, avec un nombre limité de ruptures de stock de l'un ou l'autre depuis cette période. Ces deux dates remontent à plusieurs mois après la modification de la politique. Un plan concret ne semble pas avoir vu le jour pour l'introduction progressive de l'association SP/AQ au niveau des structures sanitaires.
- L'inventaire physique a montré que la plupart des structures sanitaires avaient des quantités appropriées de SP et d'AQ, au moment de l'évaluation, pour satisfaire les besoins des patients qui se présentaient dans les structures sanitaires à cette période. Mais vue l'absence de données appropriées, il était difficile d'établir en combien de temps ces stocks auraient été consommés ou auraient expiré.
- La SP est aussi utilisée pour le Traitement Préventif Intermittent (TPI) et on ne sait pas d'après les données disponibles et la tenue de registres s'il y avait un système pour séparer les besoins en SP pour le TPI des besoins en SP lorsque celle ci fait partie de l'association SP/AQ.
- Le coût d'une dose complète de SP/AQ pour adulte était presque six fois plus élevé que celui de la CQ; même si la plupart des ordonnances délivrées pour des antipaludiques étaient achetées au niveau des structures sanitaires, semblant indiquer que cette différence de prix n'était pas un facteur dans la décision d'achat des patients qui fréquentaient la structure sanitaire.

Implications pour l'application de la politique du traitement TCBA

Gestion du stock d'antipaludiques utilisés actuellement (CQ, SP, AQ)—

- Un plan pour le retrait de la CQ des structures sanitaires périphériques et des dépôts de district devrait être mis en place. Ce plan devrait aussi être accompagné d'un plan de collecte de la chloroquine dans les dépôts centraux.
- On suppose que la SP sera encore utilisée pour le TPI, même si cet usage va nécessiter une quantité inférieure à celle utilisée actuellement pour le traitement des cas de paludisme. Des techniques d'amélioration de la quantification et de la gestion du stock pourraient être nécessaires, afin de prévenir toute perte due à la diminution de l'utilisation de la SP.
- L'AQ est l'un des médicaments qui est entrain d'être pris en compte dans l'association TCBA. Sa gestion dépendra de la politique qui sera adoptée en dernier recours. Si l'AQ ne fait pas partie de l'association, il faudra donc mettre en place un plan de retrait.

Gestion de l'approvisionnement en TCBA pour son utilisation dans la nouvelle politique de traitement—

- Avec la modification anticipée de la politique nationale de lutte contre le paludisme, il sera important de mettre en place un plan pour l'introduction progressive de la nouvelle association TCBA dans les structures sanitaires.
- Les méthodes de gestion des stocks au niveau des structures sanitaires, y compris la tenue de registres, la quantification et la passation de commandes, doivent être améliorées. Cette amélioration est particulièrement importante pour empêcher les pertes et pénuries qui pourraient résulter d'une hausse des prix et des dates d'expiration rapides de l'artémisinine qui sera utilisée dans la nouvelle politique.
- Sachant que certains patients voulaient acheter leurs médicaments dans le secteur privé, il est important de s'assurer que des TCBA de qualité appropriée soient disponibles dans le secteur privé.

Est-ce que les prestataires prescrivent et administrent l'association SP/AQ systématiquement selon les directives de traitement disponibles ?

Résumé des principales conclusions

Revue et diffusion des DST et autres documents de directives pertinents—

- La disponibilité des DST dans les structures sanitaires visées par l'enquête est limitée et il n'y avait pas d'informations sur l'âge des DST disponibles. Cependant, les données

montraient une corrélation entre la disponibilité des DST et le fait de savoir si les prestataires prescrivaient l'association SP/AQ ou non.

- Environ la moitié des prestataires et dispensateurs interviewés savaient que l'association SP/AQ était recommandée pour le traitement du paludisme simple chez les adultes. L'autre moitié avait soit identifié le médicament incorrect ou ne connaissait pas le traitement recommandé.
- La plupart des prestataires et dispensateurs interviewés ne savaient pas que l'association SP/AQ était aussi recommandée pour le traitement du paludisme simple chez les enfants. Plusieurs d'entre eux, particulièrement les dispensateurs, croyaient que la suspension d'AQ était le traitement recommandé et la plupart d'entre eux la prescrivaient aux enfants souffrant de paludisme.
- La plupart des prestataires et dispensateurs se sont trompés en affirmant que l'association SP/AQ n'était pas recommandée en cas de grossesse.

Formation et supervision des prestataires aux nouvelles directives—

- Ni un moyen structuré de communication de la modification de la politique aux prestataires, ni des programmes de formation structurés pour s'assurer que tous les prestataires étaient informés de la politique et qu'ils seraient capables de prescrire l'association SP/AQ de façon appropriée et opportune ne semblaient exister. Les sessions et ateliers de formation qui ont été organisés ont semblé t-il été destinés aux médecins au niveau hospitalier et n'ont pas pris en compte la plupart des agents de santé des centres de santé et des postes de santé.
- Malgré la mauvaise stratégie de communication, la majorité des prestataires dans les deux districts prescrivaient ou administraient l'association SP/AQ à des patients adultes souffrant de paludisme simple au moment de l'évaluation. Les tendances de l'assimilation de la politique SP/AQ montraient que, au moins dans un district, l'assimilation semblait liée à la disponibilité de l'association dans les structures sanitaires.
- Peu de prestataires prescrivaient l'association SP/AQ à des enfants de moins de cinq ans souffrant de paludisme simple, et la plupart semblaient préférer prescrire la suspension aux enfants par opposition aux comprimés.
- La plupart des prestataires de soins de santé avaient des préoccupations ou questions en rapport avec l'utilisation de l'association SP/AQ.
- La CQ était toujours prescrite à certains patients dans les structures sanitaires au moment de l'évaluation; c'est-à-dire approximativement un an après la modification officielle de la politique nationale de traitement du paludisme.

Implications pour l'application de la politique du TCBA

- Il faudra développer et mettre en place un plan structuré pour la revue des DST et autres supports et répandre la nouvelle politique et ces supports auprès des prestataires de soins de santé et des structures sanitaires.
- La formation des prestataires de soins de santé est importante pour garantir la conformité avec la politique et elle sera plus importante avec l'introduction des TCBA parce qu'ils représentent un médicament complètement nouveau pour la plupart des prestataires. En plus, les TCBA ne sont actuellement disponibles que sous forme de comprimés, donc représentent probablement un problème pour les prestataires qui n'ont pas l'habitude de prescrire des comprimés aux enfants souffrant de paludisme.
- Cette formation devrait être programmée de sorte à coïncider avec la disponibilité des nouveaux médicaments dans les structures sanitaires.
- Sachant que l'association SP/AQ est toujours le traitement recommandé, il pourrait être nécessaire de dispenser une formation ou des directives supplémentaires aux prestataires de soins de santé pour dissiper la confusion et aborder les préoccupations et questions de la plupart d'entre eux par rapport à l'utilisation de l'association, en particulier chez les enfants et les femmes enceintes.

Les patients ont-ils reçu suffisamment d'informations et de counseling sur l'utilisation de l'association SP/AQ?

Résumé des principales conclusions

- La plupart des prestataires et dispensateurs ont entièrement expliqué aux patients comment utiliser les médicaments, même si peu d'entre eux ont demandé aux patients de répéter les instructions et presque aucun des prestataires n'a demandé aux patients s'ils avaient d'autres questions. Par conséquent, il n'y a pas eu de restitution de la part des patients de leur compréhension des instructions.
- Aucun des prestataires n'a discuté avec les patients des effets indésirables possibles des médicaments qu'ils prescrivent ou administrent, même si plusieurs ont signalé que les effets indésirables étaient une de leurs principales préoccupations par rapport à l'utilisation de l'association SP/AQ.
- Presque aucun des prestataires n'a indiqué aux patients ce qu'ils devaient faire si leur état ne s'améliorait pas après la prise des médicaments prescrits ou administrés.
- La plupart des patients interviewés ne connaissaient pas le nom de l'antipaludique qui leur avait été prescrit ni la maladie traitée par l'antipaludique. La plupart des patients ont affirmé qu'ils n'avaient pas entendu parler de l'association SP/AQ malgré le fait que l'association ait été prescrite à la plupart d'entre eux. Cependant, la plupart des patients semblent savoir comment prendre les médicaments prescrits.

- La plupart des médicaments étaient reconditionnés et administrés dans des sachets plastiques en vrac. Très peu de médicaments étaient administrés avec l'étiquette appropriée ; c'est-à-dire, celle comportant le nom du médicament, le mode d'emploi et la durée du traitement.
- La prise de conscience de la communauté sur le traitement recommandé pour le paludisme est faible.

Implications pour l'application de la politique du TCBA

- La formation des prestataires devrait comprendre une revue des stratégies de communication avec les patients afin d'améliorer la qualité du counseling mis en place. La communication sera particulièrement importante étant donné le manque de familiarité avec les TCBA ; ce qui semble être le cas de la plupart des prestataires et des membres de la communauté.
- La formation devrait être menée peu de temps avant la mise en place des nouveaux antipaludiques. Le fait de l'entreprendre plutôt pourrait amener les prestataires à oublier les messages clés. De même, une formation bien après la mise en place de l'antipaludique pourrait causer une prescription irrationnelle.
- Il faudra mettre en place des stratégies d'information, de communication et d'éducation pour améliorer la prise de conscience par rapport au nouveau traitement.
- Il pourrait s'avérer nécessaire d'utiliser des médicaments pré conditionnés ou des emballages pré étiquetés pour administrer l'association d'antipaludiques afin d'améliorer les méthodes d'étiquetage et d'emballage et pour améliorer la compréhension des patients et leur adhésion au traitement.

ANNEXE 1. ENQUÊTEURS

Équipe de Richard Toll

1. Dr. Serigne Abdou DIAGNE: RPM Plus/Management Sciences for Health
2. Dr. Madické DIAGNE: Direction de la Pharmacie et des Laboratoires (DPL)
3. Dr. Papa Abdoulaye SECK: Université Cheikh Anta Diop (UCAD)
4. Dr. Foly KOUAKOU: UCAD
5. Mme Nafi Corr a DIAGNE: PNLN
6. Mr. Mamadou Samba MBOW: PNLN

 quipe de Touba

1. Dr. Youssoufa LO: consultant en paludisme de l'agence des  tats-Unis pour le Développement International au PNLN
2. Mr. Mamadou Mamoune S ye: PNLN
3. Mr. M doune N'Diop: PNLN
4. Mme Awa Goumbala: Service National de l'Education et de l'Information Pour la Santé (SNEIPS)
5. Mme Nd ye Amy Ndiaye Bathily: Direction de la Santé/Division des Soins de Santé Primaires (DS/DSSP)
6. Dr. Jeanne M .R. Gu ye Sarr: DPL

ANNEXE 2. LISTE D'ANTIPALUDIQUES TRACEURS

Sulfadoxine-pyriméthamine (SP) 500 mg/25 mg comprimé

Amodiaquine 200 mg comprimé

Amodiaquine orale suspension

Chloroquine 150 mg comprimé

Chloroquine sirop 50 mg/5 ml (10 mg/ml)

Quinine 200 mg injectable

Quinine 400 mg injectable

Quinine 600 mg injectable

